



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



A Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil e Juvenil na Clínica da Encarnação

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Professor Doutor Filipe Manuel Soares de Melo

Ana Rita Teixeira Martins

2015

"Se amas a criança que em ti existe, então podes amar as crianças.

Se podes ser infantil, podes ser Homem, podes ser Mestre"

João dos Santos

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Rui Martins, por toda a partilha de vivências, experiências e sabedoria, pela escuta atenta e por todos os "porquês" que me fizeram refletir e avançar no sentido de esclarecer as minhas dúvidas.

Ao Professor João Costa, por todas as manhãs, por todas as palavras ricas em ensinamentos, por todos os olhares e silêncios que diziam quase tudo, pelos gestos e partilha de experiências.

Aos meus pais, que guardo no meu coração e pensamento, em todos os dias da minha vida, que me servem de guia e me dão força para enfrentar o peso dos dias mais difíceis.

À Lúdia e Beatriz, por todo o apoio, amor, carinho, suporte, momentos e abraços reconfortantes.

À criança que fui por nunca me ter abandonado, e continuar presente sempre a meu lado, servindo-me muitas vezes de caminho.

A todas as pessoas que amo e me fazem feliz em cada dia que passa.

A todos os técnicos da Clínica da Encarnação, pela amabilidade e disponibilidade. Pelo espaço e pela partilha que me permitiu crescer.

A todas as crianças e famílias, com quem tive a oportunidade de me cruzar, que tanto me ensinaram neste percurso, e que sem elas nada teria feito sentido.

Muito Obrigada!

RESUMO: Este relatório descreve o trabalho realizado no âmbito do estágio do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais. O estágio foi realizado na Clínica da Encarnação, Hospital Dona Estefânia. A Intervenção Psicomotora foi desenvolvida com crianças entre os 3 e os 12 anos. A intervenção da estagiária desenvolveu-se, essencialmente com 32 crianças. Inicialmente é apresentada uma revisão teórica sobre saúde mental, psicomotricidade e aspetos teóricos relativos às principais psicopatologias observadas. Segue-se a caracterização a instituição, bem como do serviço de psicomotricidade. São descritos dois estudos-caso, de modo a exemplificar o trabalho desenvolvido. Para cada um deles é apresentado o processo de avaliação, estruturação do processo terapêutico, resultados e a sua respetiva discussão. Em ambos os casos foram observadas melhorias, verificando-se assim o contributo da intervenção através da psicomotricidade. Por fim, é apresentada uma reflexão, no sentido de compreender e integrar as vivências relativas ao percurso realizado, destacando a importância destas na formação de uma identidade e crescimento a nível profissional e pessoal.

Palavras-Chave: Psicomotricidade, Saúde Mental, Clínica da Encarnação, Pedopsiquiatria, Intervenção Psicomotora, Hospital Dona Estefânia.

ABSTRACT: This report describes the work carried out under the Master stage in Psychomotor Rehabilitation, School of Human Kinetics, in the Advancement of Professional Skills. The report describes an all year internship performed in Hospital Dona Estefânia, Clínica da Encarnação. Psychomotor Intervention was developed with children between 3 and 12 years and the intern has made a more autonomous intervention with 32 children. It's presented a theoretical review based on mental health, psychomotor therapy and characteristics relating to the main psychopathologies observed and also an institution characterization, in particular the psychomotricity service. In order to demonstrated the type of worked developed, were chosen two case-study and for each one it's presented the evaluation process, therapeutic process structure, results and individual discussion. In both cases, improvement was observed, emphasizing the positive impact of psychomotor intervention. Lastly, it presents a reflection that aims to understand, highlight and assimilate the experiences on this journey to understand the Internship contributions to professional and personal level.

Keywords: Psychomotor Therapy, Psychomotricity, Mental Health, Clínica da Encarnação, Psychomotor Intervention, Case-study, Hospital Dona Estefânia.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APA - American Psychiatric Association

APP - Associação Portuguesa de Psicomotricidade

BASC - Behavior Assessment System for Children

CE - Clínica da Encarnação

CNSM - Coordenação Nacional para a Saúde Mental

DAP - Draw-a-person

DGS - Direção Geral de Saúde

DPIA - Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

MS - Mutismo Seletivo

GOC - Grelha de Observação Comportamental

HDE - Hospital Dona Estefânia

PA - Perturbações da Ansiedade

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PM - Psicomotricidade

PNSM - Plano Nacional de Saúde Mental

RACP - Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SOE - Sem Outra Especificação

UPI - Unidade de Primeira Infância

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

Introdução.....	1
CAPÍTULO I - Enquadramento Teórico da Prática profissional	3
1. Saúde Mental.....	3
1.1. Definição de Saúde Mental.....	3
1.2. Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal.....	4
1.3. Saúde Mental na Infância	5
2. Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil.....	6
2.1. Psicomotricidade em saúde mental na infância	7
2.2. Metodologias de Intervenção Psicomotora	9
2.2.1. O Jogo	10
2.2.2. A Relaxação	12
3. Psicopatologias.....	13
3.1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	13
3.2. Perturbações da Ansiedade	17
3.2.1. Caracterização do diagnóstico de Mutismo Seletivo	18
4. Enquadramento Institucional Formal.....	20
4.1. Caracterização do Serviço da Clínica da Encarnação	20
4.2. A Psicomotricidade na Clínica da Encarnação	22
4.2.1. Modelo de Funcionamento.....	22
4.2.2. Sessões em grupo ou sessões individuais.....	24
4.2.3. A sessão-tipo	25
4.2.4. Caracterização dos espaços e materiais utilizados na Intervenção.....	26
4.3. Relação entre profissionais	28
CAPÍTULO II - Enquadramento da Prática Profissional	30
1. Objetivos e atividades realizadas no âmbito do estágio	30
1.1. Intervenção Psicomotora.....	30
2. Calendarização das atividades realizadas	31
2.1. Cronograma	31
2.2. Horário das atividades de estágio.....	32
2.3. Planeamento das sessões de Psicomotricidade.....	33
3. Caracterização geral da população atendida	33
3.1. Resultados gerais da Intervenção Psicomotora.....	35

4. A Avaliação Psicomotora	37
4.1. A Entrevista	37
4.2. Observação Informal	40
4.2.1. Grelha de Observação Comportamental	41
4.3. Observação Formal	42
4.3.1. <i>Behaviour Assessment Scale for Children</i> , Reynolds e Kamphaus, BASC (1992)	42
4.3.2. <i>Draw-a-person</i> de Naglieri, DAP (1988)	44
5. Estudos de caso	46
5.1. Estudo de caso I	46
5.1.1. Caracterização anamnésica	47
5.1.2. Projeto Terapêutico	49
a) Avaliações Psicológicas	49
b) Avaliação em Psicomotricidade	50
c) Elementos critério	55
d) Hipóteses Explicativas	55
e) Perfil Intra-Individual	57
f) Objetivos Terapêuticos	57
g) Acompanhamento e Evolução	58
h) Resultados	61
i) Discussão dos Resultados	65
5.2. Estudo de caso II	66
5.2.1. Caracterização anamnésica	66
5.2.2. Projeto Terapêutico	68
a) Avaliação Pedopsiquiátrica	68
b) Avaliação Psicológica	68
c) Avaliação em Psicomotricidade	69
d) Elementos critério	72
e) Hipóteses explicativas	73
f) Perfil Intra-Individual	74
g) Objetivos Terapêuticos	74
h) Acompanhamento e Evolução	75
i) Resultados	78
j) Discussão dos Resultados	82

6. Dificuldades e limitações.....	83
7. Atividades formativas complementares.....	85
7.1. Reuniões Semanais do Núcleo de Estágio.....	85
7.2. Reuniões de equipa na Clínica da Encarnação	86
7.3. Reuniões Inter-equipas	86
7.4. Apresentações Públicas	86
7.5. Artigo.....	87
7.6. Iniciativas de Formação Adicional	87
CAPÍTULO III - Análise, reflexão e conclusões finais.....	88
Referências Bibliográficas	91
Anexos	106

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Calendarização das atividades realizadas	31
Tabela 2 - Horário semanal de outubro a janeiro.....	32
Tabela 3 - Horário semanal de fevereiro a julho	32
Tabela 4 - Calendarização das sessões, 28 semanas de estágio.....	33
Tabela 5 - Caracterização da população atendida em dinâmica individual da responsabilidade total da estagiária.....	34
Tabela 6 - Caracterização da população atendida em dinâmica de grupo da responsabilidade total da estagiária.....	34
Tabela 7 - Evolução da população atendida, média calculada.	36
Tabela 8 - Perfil Intra-Individual, estudo de caso I.	57
Tabela 9 - Objetivos gerais e específicos por domínios, estudo de caso I.....	57
Tabela 10 - Perfil Intra-Individual, estudo de caso II	74
Tabela 11 - Objetivos gerais e específicos por domínios, estudo de caso II	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Prevalência dos diagnósticos das crianças acompanhadas pela estagiária ..	34
Gráfico 2 - Resultados, BASC pais, perfil clínico, estudo de caso I.....	632
Gráfico 3 - Resultados, BASC pais, perfil adaptativo, estudo de caso I.....	63
Gráfico 4 - Resultados BASC Professores, perfil clínico, estudo e caso I	63
Gráfico 5 - Resultados BASC Professores, perfil adaptativo, estudo e caso I	64
Gráfico 6 - Resultados, BASC pais, perfil clínico, estudo de caso II.....	79
Gráfico 7 - Resultados, BASC pais, perfil adaptativo, estudo de caso II.....	79
Gráfico 8 - Resultados, BASC Professores, perfil clínico, estudo e caso II	80

Gráfico 9 - Resultados, BASC Professores, perfil adaptativo, estudo e caso II	80
--	-----------

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 - Resultados da aplicação do DAP, estudo de caso I	65
Imagem 2 - Resultados da aplicação do DAP, estudo de caso II.....	81

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I - Organograma Serviço de Pedopsiquiatria HDE.....	107
ANEXO II - Organograma Clínica da Encarnação	109
ANEXO III - Autorização para filmar e fotografar sessões	111
ANEXO IV - Carta para os professores, solicitação do preenchimento de elementos de avaliação	113
ANEXO V - Caracterização geral da população atendida	114
ANEXO VI - Evolução da população atendida	118
ANEXO VII - BASC, avaliação inicial, versão pais, estudo de caso I	121
ANEXO VIII - BASC, avaliação inicial, versão professores, estudo de caso I	126
ANEXO IX - BASC, avaliação final, pais, estudo de caso I	132
ANEXO X - BASC, avaliação final, professores, estudo de caso I	136
ANEXO XI - BASC, avaliação inicial, versão pais, estudo de caso II	141
ANEXO XII - BASC, avaliação inicial, versão professores, estudo de caso II	146
ANEXO XIII - BASC, avaliação final, pais, estudo de caso II	151
ANEXO XIV - BASC, avaliação final, professores, estudo de caso II.....	156
ANEXO XV - GOC, estudo de caso I	161
ANEXO XVI - GOC, estudo de caso II	168
ANEXO XVII - Exemplo relatório de sessão	176
ANEXO XVIII - Exemplo relatório de avaliação final	180
ANEXO XIX - Primeira apresentação no núcleo de estágio	189
ANEXO XX - Segunda apresentação no núcleo de estágio, Apresentação Reunião de Equipa da Clínica da Encarnação	194
ANEXO XXI - Terceira apresentação no núcleo de estágio	203
ANEXO XXII - Registo fotográfico de algumas atividades, estudo de caso I.....	212
ANEXO XXIII - Registo fotográfico de algumas atividades, estudo de caso II.....	214
ANEXO XXIV - Planta da Sala Terapêutica, Clínica da Encarnação	216
ANEXO XXV - Primeiro dia de estágio na Clínica da Encarnação	218

Introdução

O presente relatório tem por objetivo principal apresentar as atividades desenvolvidas no ano letivo de 2014/2015, no ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, do 2º ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

Este estágio corresponde à fase final da formação do mestrando, tendo como objetivos gerais: estimular o aprofundamento dos conhecimentos no âmbito da Reabilitação Psicomotora, quer nas suas vertentes científicas quer nas metodológicas, promovendo competências reflexivas multidisciplinares; desenvolver capacidades de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas em diferentes contextos e domínios de intervenção; desenvolver capacidades para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, desenvolvendo assim novas perspetivas profissionais e políticas, promovendo o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (Martins, Simões & Brandão, 2014). É importante ainda realçar um dos objetivos específicos: proporcionar e aprendizagem e treino direcionados para a atividade profissional de modo a facilitar a inserção no mercado de trabalho, através da aquisição de competências nos domínios da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade (Martins, Simões & Brandão, 2014).

O estágio curricular foi realizado na Clínica da Encarnação (CE), uma unidade de saúde mental infantil e juvenil que se integra no Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (DPIA), do Hospital Dona Estefânia (HDE). A CE tem como missão a prestação de cuidados continuados e multidisciplinares de saúde mental em regime de ambulatório à população infantil e juvenil até aos 18 anos de idade. Neste estágio foram acompanhadas crianças e jovens com idades compreendidas entre os três e os 12 anos. Relativamente a outras atividades e tarefas desenvolvidas, é de salientar a elaboração de projetos terapêuticos bem como todas as tarefas inerentes, a observação de atendimentos de especialidades variadas, a participação em reuniões de equipa e reuniões de formação conjunta.

No que respeita aos objetivos do presente relatório, eles são: aprofundar conhecimentos relativos a várias patologias pedopsiquiátricas, clarificar estratégias e benefícios da intervenção psicomotora nas crianças e jovens acompanhados, descrever as atividades desenvolvidas durante o período de estágio, bem como apresentar atividades de formação complementares; fundamentar teoricamente as decisões na elaboração dos projetos terapêuticos; apresentar uma análise crítica e reflexiva dos

resultados obtidos com a intervenção psicomotora, bem como de todo o processo de aprendizagem e formação enquanto estagiária.

O relatório encontra-se organizado em três capítulos. O primeiro deles engloba o Enquadramento Teórico da Prática Profissional, onde se caracterizam os conceitos de saúde mental e psicomotricidade, apresentando-se a relação entre eles bem como a legislação em saúde mental vigente em Portugal. Neste capítulo existe ainda lugar para a caracterização de algumas psicopatologias intervencionadas, bem como para a apresentação do modelo de funcionamento da CE e do serviço de psicomotricidade. O Capítulo II reúne os aspetos relacionados com o Enquadramento da Prática Profissional e descreve as atividades de estágio. Apresentam-se aspetos como a calendarização das atividades de estágio, caracterização geral da população acompanhada, instrumentos utilizados na avaliação, projetos terapêuticos desenvolvidos com os estudos de caso, dificuldades e limitações sentidas ao longo do estágio e são ainda enumeradas as atividades complementares de formação. No último capítulo, é pretendida uma apreciação crítica e reflexiva sobre as atividades de estágio, bem como a apresentação do seu impacto no crescimento pessoal e profissional.

CAPÍTULO I - Enquadramento Teórico da Prática profissional

Neste capítulo serão revisitados os conceitos de saúde mental e psicomotricidade de acordo com as suas definições e características principais, sendo também contemplada a relação entre eles. Na parte final é apresentada e caracterizada a instituição onde o estágio se desenvolveu e descreve-se o modelo de funcionamento do serviço de psicomotricidade, no qual decorreram as atividades de estágio.

1. Saúde Mental

O subcapítulo que se segue irá expor os códigos legais que se relacionam com a saúde mental infantil e juvenil em Portugal. Assim será de extrema importância a apresentação da definição de saúde mental bem como a apresentação de estatísticas relacionadas. Na parte final serão apresentados os princípios orientadores da avaliação e intervenção nesta área de atuação.

1.1. Definição de Saúde Mental

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental refere-se a um conjunto de atividades que direta ou indiretamente estão relacionadas com o bem-estar. É definida assim como um estado de bem-estar em que cada indivíduo se apercebe do seu potencial, conseguindo lidar com o stress quotidiano, trabalhando de modo produtivo e frutífero, estando apto para contribuir para a sua comunidade (WHO, 2015a). Existe uma dimensão positiva na definição, registada na definição da mesma organização, i.e. "estado completo de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade". É ainda possível constatar-se que "a aquisição do melhor estado de saúde que é possível de alcançar, constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, independentemente da sua raça, religião, crença política, condição económica e social" (WHO, 1948).

A definição de saúde mental para a infância e adolescência, centra-se neste caso nos aspetos relativos ao desenvolvimento, tais como "ter um sentimento positivo em relação à sua identidade, ter a capacidade para gerir emoções e pensamentos, bem como construir relações sociais positivas, ter aptidão para aprender e, por fim, que participar ativamente e plenamente na sociedade" (WHO, 2015b).

Não devidamente acompanhados, os problemas de saúde mental poderão ter implicações sérias no desenvolvimento geral, na aprendizagem e na possibilidade de estas crianças e jovens viverem uma vida plena e produtiva (WHO, 2015b). É ainda reconhecido pela mesma fonte, que as crianças e jovens com estes problemas revelam maiores chances de enfrentarem situações como o estigma, isolamento e discriminação

bem como de sofrerem com a falta de acesso a cuidados de saúde e educação adequados, sendo violados os seus direitos (WHO, 2015b).

Relativamente aos dados estatísticos, estima-se que 21% das crianças apresentem algum tipo de doença mental e que apenas entre 1/3 a 1/5 dessas receba algum tipo de tratamento (CNSM, 2008; Marques e Cepêda, 2009). Outros estudos mencionam prevalências entre os 10 e os 20% relativamente a problemas de saúde mental em idade pediátrica (WHO, 2001).

Considerando dados relativamente recentes, da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, (CNSM), através de estudos epidemiológicos tem-se percebido que as perturbações mentais são a principal causa de morbilidade e incapacidade em todos os grupos etários, estimando-se que entre 5 e 8% da população portuguesa sofra de algum problema psiquiátrico em cada ano (CNSM, 2008).

Segundo dados do documento referido no parágrafo anterior, estimasse que a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa seja a mais elevada a nível europeu. Assim através destes dados assume-se a relevância de programas de prevenção e intervenção precoce (CNSM, 2008).

1.2. Enquadramento Legal da Saúde Mental em Portugal

A existência de legislação no âmbito da saúde mental é um ponto extremamente positivo e de muita importância, uma vez que sem esta, os direitos das pessoas com problemas de saúde mental estariam comprometidos, abrindo espaço para a estigmatização e discriminação (CNSM, 2008).

A nível nacional, a Lei de Saúde Mental nº36/98 conjuntamente com o Decreto-Lei nº35/99 fornecem as normas para a saúde mental, em conformidade com os princípios recomendados a nível internacional e que sugerem uma articulação eficiente com áreas como a educação, emprego e ação social.

Segundo a lei mencionada, os cuidados ao nível da saúde mental são prestados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), ou por entidades privadas (fiscalizadas pelo Estado) de acordo com os trâmites legais estabelecidos. A forma de atuação da CE, vai de encontro aos princípios estabelecidos, que pressupõem a integração dos cuidados na comunidade, no meio mais natural e menos restritivo possível (Lei nº 36/98).

Após discussão pública, foi aprovado o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, PNSM (CNSM, 2008), tendo sido criada a CNSM, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, com a função de assegurar e coordenar a implementação do plano. No ano de 2010 foi aprovado o decreto-lei nº8/2010, alterado pelo Decreto-Lei nº 22/2011, que diz respeito aos cuidados integrados de saúde mental, que apresenta os princípios

orientadores para as equipas de intervenção domiciliária e outras estruturas para adultos, adolescentes e crianças. Este decreto-lei permitiu a atribuição de programas de reabilitação psicossocial a crianças e adolescentes no âmbito da saúde mental, quando os cuidados prestados em ambulatório ou internamento pedopsiquiátrico não são suficientes, sendo assim acionados cuidados especializados e diferenciados.

Atualmente as leis de saúde mental compreendem o Decreto-Lei nº 304/2009, onde se engloba o Decreto-Lei 35/99, as alterações propostas no PNSM e ainda as alterações relacionadas com a organização do Ministério da Saúde. O Decreto-Lei nº 304/2009 salienta a importância de os cuidados de saúde mental serem prestados por equipas multidisciplinares, que consigam responder de modo coordenado a aspetos de nível médico, psicológico, social e de reabilitação.

Também a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) sublinha a importância das equipas em saúde mental se tornarem cada vez mais multidisciplinares, i.e., compostas por profissionais de áreas diversas, no entanto é uma medida que tem sido realizada lentamente.

Através do “Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e juvenil nos Cuidados de Saúde Primários”, Marques e Cepêda (2009) e das recomendações do PNSM (CNSM, 2008) é legalmente sugerida a integração de psicomotricistas nas equipas multidisciplinares de saúde mental. No entanto, o rácio de psicomotricistas na região de Lisboa é de um técnico para 200 000 utentes, número francamente inferior ao recomendável e necessário pelo documento técnico de suporte da autoria da CNSM e da Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS (CNSM & ACSS, 2012).

1.3. Saúde Mental na Infância

A saúde mental na infância é um campo de estudo recente, tendo a grande parte do corpo teórico sido formado na segunda metade do século XX (Silva, 2014), no entanto compreende-se que as problemáticas em saúde mental infanto-juvenil resultam de uma complexa interação entre a criança ou adolescente, o ambiente familiar e sociocultural onde esta se integra (Direção-Geral de Saúde, 2004).

De acordo com o Relatório Mundial de Saúde (2001) da Organização Mundial de Saúde, a prevalência de perturbações de ordem emocional e do comportamento na infância e adolescência tem sido amplamente investigada, e apesar dos valores variarem, é estimado que entre 10 a 20% das crianças sofram de algum problema de saúde mental. Embora se verifiquem valores elevados, apenas uma pequena parte recebe algum tipo de tratamento ou acompanhamento (United States Department of Health and Human

Services, 1999). É importante também sublinhar os custos financeiros e humanos associados às doenças, bem como a possibilidade de perturbações na idade adulta (WHO, 2001).

Existem várias razões que justificam a necessidade de investimento no desenvolvimento de intervenções neste âmbito, a WHO (2005), apresenta essencialmente três: 1) as perturbações nestas faixas etárias provocam um grande encargo financeiro. Muitas delas são específicas desta fase de desenvolvimento, pelo que a intervenção precoce numa fase de maior probabilidade de ocorrência, poderá amenizar o impacto negativo da problemática; 2) existe uma elevada continuidade entre as perturbações da infância e a sua manifestação na idade adulta, podendo a intervenção prevenir e reduzir as dificuldades geradas; 3) a intervenção precoce neste tipo de problemáticas reduz os custos para o indivíduo e família bem como para os sistemas de saúde e comunidade. Através do anteriormente disposto, a sinalização e a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas, deverá assumir-se como uma prioridade (Direção-Geral de Saúde, 2013).

Considerando os dados do parágrafo anterior e da CNSM & ACSS (2012), as estruturas no âmbito da Psiquiatria da Infância e da Adolescência, como é o caso da CE, devem assegurar a prestação de cuidados diferenciados de saúde mental à população em idade pediátrica (dos zero aos 18 anos, exclusive). São ainda responsáveis por 1) garantir a acessibilidade e equidade no acesso, a todas as crianças e jovens com problemas de saúde mental; 2) os cuidados são prestados por serviços, departamentos ou unidades especializadas através de equipas multidisciplinares (onde se deve incluir o psicomotricista); 3) o trabalho desta equipa deve contemplar a articulação com os cuidados de saúde primários e outras estruturas disponíveis na comunidade; 4) devem proporcionar diversos métodos de intervenção e programas terapêuticos por via a dar resposta às necessidades da população; 5) devem envolver ativamente a criança, adolescente e família quer na tomada de decisões como no planeamento dos cuidados a prestar.

2. Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil

Através dos princípios orientadores atuais no campo da saúde mental, expostos anteriormente, constata-se a necessidade da integração da psicomotricidade como terapia no campo de ação da saúde mental infantil e juvenil. Assim, justifica-se a integração neste relatório de um tópico que relacione a abordagem terapêutica através da psicomotricidade com o âmbito de intervenção em saúde mental. Neste subcapítulo será

ainda feita menção à especificidade do trabalho do psicomotricista em saúde mental na infância bem como as metodologias utilizadas.

A intervenção psicomotora atua através do corpo (Martins, 2001b, Raynaud, Danner & Inigo, 2007; Martins, 2009), implicando uma escuta e implicação ativa e corporal por parte do terapeuta (Raynaud, Danner & Inigo, 2007). Assim pressupõe a ação do indivíduo de modo a estimular a relação afetiva e funcional com o próprio corpo e nas suas relações com os outros (Boscaini, 2012).

O compromisso tônico emocional e verbal da relação terapêutica, envolve relação direta de contenção e significação do sujeito, no sentido de proporcionar capacidades corporais e relacionais satisfatórias de modo a recriar um equilíbrio, com uma harmonização das funções motoras, tônicas, tônico-emocionais e psíquicas (Martins, 2001a; Fonseca, 2007; Raynaud, Danner & Inigo, 2007).

O *Evidence-Based Medicine Guidelines* (Kumanno, 2005), refere-se à psicomotricidade como uma terapia onde o paciente se sente rapidamente compreendido, eficaz no incremento de bem-estar. Além disso, a mesma fonte refere que no caso de crianças e adolescentes, aspetos como o desenvolvimento de *skills* sociais, expressão de sentimentos e outros aspetos ao nível da comunicação são trabalhados através da psicomotricidade de forma natural e benéfica (Kunnamo, 2005). Raynaud, Danner & Inigo (2007) acrescentam ainda a importância das experiências psicomotoras para o desenvolvimento global da criança.

2.1. Psicomotricidade em saúde mental na infância

A psicomotricidade surge por volta de 1960, a partir da neurologia, psiquiatria, psicologia do desenvolvimento e psicanálise, surgindo como um novo campo de conhecimento (Constant, 2007). O desenvolvimento de práticas e técnicas levou à conquista, embora lenta, de um estatuto profissional, estando agora o psicomotricista nas equipas pedopsiquiátricas com efeitos reconhecidos (Constant, 2007).

A intervenção através da psicomotricidade, atua em dificuldades de nível corporal e cognitivo, bem como em dificuldades afetivas e relacionais (Llinares & Rodriguez, 2006). A especificidade da terapia psicomotora baseia-se na atenção prestada às manifestações corporais e respetivas significações (Ballouard, 2006). Todo o processo de intervenção é flexível e adaptado às características do indivíduo, tendo como objetivo a modificação das atitudes do sujeito consigo mesmo e com os contextos com os quais se relaciona (Ballouard, 2006). Assim, a experiência psicomotora entende-se como uma ponte entre corpo e mente, entre sensações, emoções e pensamentos, promovendo ainda a expressão e resolução de conflitos (Boscaini, 2003).

Como já foi referido, o corpo assume um papel fulcral, como local de manifestação das experiências passadas e das vivências internas do indivíduo, sendo também revelado nas suas atividades lúdicas e simbólicas (Martins, 2001b; Maximiano, 2004, Raynaud, Danner & Inigo, 2007).

A psicomotricidade preconiza assim a relação afetiva e funcional do indivíduo com o próprio corpo, com o outro, objetos espaço e tempo (Boscaïni, 2012) e através da do conhecimento do corpo, de modo a gerir as emoções e pensamentos e a possibilidade de adquirir experiências corporais que edificam a própria identidade (Fonseca, 2007).

No âmbito da saúde mental, e de acordo com a Associação Portuguesa de Psicomotricidade, APP (2013), a psicomotricidade pode revelar-se associada a um cariz preventivo ou terapêutico. Neste último contexto é proporcionada a compensação de sintomas associados a determinadas problemáticas em vários domínios: desenvolvimento psicomotor, regulação tónica, esquema e imagem corporal, autorregulação comportamental, gestão de processos de atenção, promoção da autoimagem e autoestima, gestão de emoções e comunicação verbal e não-verbal. O âmbito terapêutico destina-se a indivíduos com comprometimentos ao nível relacional, ou em que os mecanismos ligados desenvolvimento e aprendizagem se encontram comprometidos, dado que estes aspetos influenciam a capacidade de adaptação do indivíduo (Martins, 2001a, APP, 2013).

Alguns autores sublinham a componente relacional na intervenção psicomotora (Almeida, 2005; Costa, 2008), embora a componente instrumental integre sempre a intervenção realizada. Para Joly (2007) a diferença basilar entre o relacional e o instrumental localiza-se no modo como cada profissional organiza a sua técnica, i.e., concentrando-se no sintoma e organizando as sessões de modo mais diretivo, segundo um olhar mais instrumental, ou por outro lado enfatizando a relação criança-terapeuta e a atividade espontânea, seguindo assim uma perspetiva mais relacional. Assim, a especificidade da psicomotricidade relacional residirá no facto de que a atividade motora incidir na valorização psicoafectiva e na relação com o outro, sustentando a expressão dos conflitos e desejos internos, existindo ao mesmo tempo um investimento no terapeuta enquanto agente securizante e mediador entre a criança e o envolvimento, objetos e emoções (Martins, 2001a).

Para Almeida (2005), as fronteiras entre o âmbito instrumental e relacional não são acentuadas uma vez que a componente relacional também propõe instrumentos próximos da realidade evolutiva, e.g. jogo psicomotor ou percursos com diferentes níveis e materiais.

João dos Santos cit in Branco (2000), que a criança que não mentaliza, usa o comportamento como mecanismo de descarga. O mesmo autor refere que quando a criança não consegue relacionar-se com os sintomas de depressão, angústia, carência ou revolta, tende a apresentar um comportamento agido. Outros autores pensam também nesta linha, defendendo que o desenvolvimento global da criança, i.e., maturação e estruturação da personalidade se processa através da aquisição de experiências psicomotoras (Raynaud, Danner & Inigo, 2007).

Pesquisando sobre quais as indicações terapêuticas mais presentes em saúde mental infanto-juvenil, Joly (2007) menciona as dificuldades instrumentais relacionadas com os fatores psicomotores, desarmonias evolutivas, perturbações do desenvolvimento, perturbações do espectro do autismo, instabilidade ou inibição psicomotora e problemas ao nível da imagem e limites corporais. Selmi (2011) acrescenta ainda os problemas de comportamento e problemas ao nível da representação simbólica e comunicação não-verbal. Almeida (2005; 2008) refere ainda como população alvo de intervenção psicomotora, as dificuldades de aprendizagem, perturbações da vinculação às quais Costa (2008) e Ballouard (2008) acrescentam as perturbações do humor, os tiques e perturbações da relação e comunicação.

O psicomotricista precisa de estar preparado para enfrentar impressibilidades, e mediante isso promover o desenvolvimento da criança (Vieira, Batista & Lapierre, 2005): A função do psicomotricista será no sentido de promover a confiança no olhar do outro, em que o olhar do terapeuta se afirma como espaço contendor e orientador. Assim, o indivíduo olhar-se-á tomando consciência de si, do seu conteúdo e características individuais (Maximiano, 2004). O terapeuta deve diferenciar-se das figuras adultas, com que a criança tem outro tipo de relação (Martins, 2001a), atuando no sentido de privilegiar as descobertas e conquistas da criança, promovendo a criatividade e espontaneidade (Almeida et al., 2005). Além disso deve ainda considerar uma abordagem global que englobe a criança, a sua família e os recursos da comunidade (Costa, 2008; Selmi, 2011). Numa equipa de saúde mental infanto-juvenil, o psicomotricista deve procurar integrar-se em plenitude, partilhando informação e participando ativamente na discussão de casos em equipa (Selmi, 2011).

2.2. Metodologias de Intervenção Psicomotora

Foram várias as metodologias utilizadas na intervenção ao longo do estágio, e.g. jogo, relaxação terapêutica, dramatização, expressão plástica e corporal. Em seguida serão apresentados aspetos relacionados com o jogo, dado que muitas vezes nele se

integram as outras metodologias descritas, em seguida apresentam-se aspetos relacionados com a relaxação terapêutica.

Para Rivière (2010) metodologias como o jogo livre, atividade de expressão corporal e de relaxação têm na base o mesmo objetivo: promover a expressão de sentimentos e ansiedades primitivas, assim são metodologias frequentemente usadas em psicomotricidade. Lagrange (1977) refere que o jogo deverá partir dos centros de interesse do indivíduo, uma vez que este manifestará mais motivação se estiver menos constrangido e se perceber que tem possibilidade de decisão. O mesmo autor salienta a importância de um tempo de reflexão, que conduza à criação de uma representação mental. Carvalho (2005) atenta na capacidade comunicativa do jogo, revelando-se este benéfico dado que se adequa ao tipo de relação em que as crianças se encontram. A componente gnoso-prática está sempre presente nas atividades psicomotoras, dado que a representação das vivências corporais se apresentam como sendo um dos objetivos com maior importância na intervenção psicomotora (Carvalho, 2005).

A relaxação terapêutica merece também enfoque, dado que foi a base do trabalho desenvolvido com um dos grupos atendidos, e dado que muitas vezes as atividades neste âmbito integravam o momento final da sessão de psicomotricidade.

2.2.1. O Jogo

O jogo é na infância um comportamento natural e essencial para a criança referindo Lebovici & Diatjine (1988) que este é tão importante para a criança, como o trabalho é para o adulto. Piaget (1994) defende que o desenvolvimento da criança ocorre através do lúdico, desenvolvendo capacidades de nível psicomotor, social estimulando o pensamento lógico e a evolução da linguagem. Assim, segundo o mesmo autor o jogo promove a organização do espaço e do tempo, desenvolvendo a noção de causalidade, permitindo a representação e posteriormente o acesso à lógica. O jogo fomenta a interação e a relação, estimula as capacidades da criança, requerendo estratégias e exigindo a resolução de situações problema (Carvalho, 2005). Além disso, vários especialistas referem que o jogo favorece o desenvolvimento da criatividade, aptidões físicas, cognitivas e emocionais, através de experiências diversas, que se realizam com prazer (Lester & Russel, 2008).

Chokler (2009) afirma que diversos autores frisam o jogo como uma atividade essencial na infância, uma vez que promove a capacidade de transformação, de expressar sentimentos, estabelecer relações, vínculos e de satisfazer desejos, manifestando o imaginário. Através do jogo é possível promover a integração de uma função, partindo da atividade motora para conceitos mais simbólicos, oferecendo

experiências de aprendizagem e descoberta (Ballouard, 2008). Além disso, o mesmo autor sublinha o facto de o jogo desempenhar um papel de continuidade no desenvolvimento da criança e do adulto, de forma lúdica.

Em psicomotricidade o jogo é valorizado, assim como o brincar, estando sempre presente a liberdade e o respeito pelo movimento espontâneo do sujeito (Almeida, 2013). Através do jogo, a criança experiencia situações geradoras de prazer, desenvolvendo paralelamente competências relacionais (Almeida, 2005).

Llinares & Rodriguez (2003) referem ainda a possibilidade comunicativa do jogo, como ferramenta básica na intervenção em prol do desenvolvimento global da criança. Camps (2009) alude à importância de a psicomotricidade usar diversos tipos de jogos, na medida em que estes favorecem a estruturação do EU-Corporal, promovendo processos relacionados com a separação-individação, transformação, criação de vínculos, contenção e sentimentos de segurança. Llinares & Rodriguez (2006) referem que no decorrer da intervenção devem estar disponíveis diversos materiais que apelem ao jogo de acordo com as diferentes etapas descritas por Piaget, i.e., desde o jogo sensório-motor ao jogo de regras.

É através do corpo que as crianças têm experiência do mundo, comunicando através deste, tendo prazer ao realizar determinadas ações (Llinares & Rodriguez). Para Lapierre & Aucouturier (1982), através das atividades contidas no jogo sensório-motor são desenvolvidas capacidades importantes como uma boa imagem de si, é criado um sentimento de corporalidade, dando lugar a processos de diferenciação, apelando à comunicação e criatividade.

No que diz respeito ao jogo simbólico, verifica-se que a atividade simbólica promove a capacidade de as crianças se tornarem mais capazes de realizar representações mentais, bem como de organizar sequências diversas (Orr & Geva, 2015). Ao mesmo tempo, esta tipologia de jogo proporciona à criança a expressão dos seus sentimentos (Landreth, 2001), podendo ainda servir de meio para comunicar situações presentes ou passadas, pessoas ou objetos não presentes, possibilitando a imaginação, através do "faz-de-conta" (Vecchiato, 2007). O psicomotricista não interage com a criança de qualquer maneira, devendo atuar como um parceiro simbólico; simbolizando a pedido da criança determinados papéis (Aucouturier, 2011).

Assim o jogo simbólico é um dos mecanismos mais poderosos na integração, elaboração e transformação de experiências concretas em material simbólico, que permite que a criança se torne capaz de realizar correspondências entre o vivido, o

sentido, a experiência e o pensamento, sendo um dos elos essenciais para a capacidade de abstração (Ballouard, 2008; Potel, 2010).

2.2.2. A Relaxação

As dificuldades na ligação entre a emoção e a cognição, têm para Martins (2001a) grande responsabilidade na origem da psicopatologia. A relaxação psicoterapêutica age como um mecanismo regulador de emoções, regulando a intensidade com que estas são manifestadas coordenando a associação entre a ação e a expressão emocional e cognitiva desta, dando lugar a uma reorganização emocional (Martins, 2001b). As atividades relacionadas com esta tipologia de intervenção, têm como objetivo a descontração neuromuscular e psíquica (Brenot, 1988; Boscaini, 2000), conduzindo a um estado de repouso e calma que possibilita a integração da corporalidade (Costa, 2008) e a regulação emocional (Martins, 2001a).

A relaxação permite um espaço para o próprio corpo, atenuando a inibição, permitindo e fomentando a capacidade de pensar, permitindo o conhecer-se e sonhar (Bergès-Bounes, Bonnet, Ginoux, Pecarelo, Sinonneau-Bernadeau, 2008). Ao nível da tonicidade, a relaxação permite através da alternância entre tempos de passividade e atividade, a diferenciação entre função motora e tónica, o que dá à criança a possibilidade de regular as suas oscilações tónicas (Bergès & Bounes, 1985). Através da descoberta topográfica do corpo, a criança compreende os limites corporais, separando o dentro e o fora, promovendo-se o conhecimento do corpo (Bergès & Bounes, 1985) e dos segmentos corporais (Le Boulch, 1984). A relaxação permite também o controlo da respiração (Castellano, 2011) e favorece uma maior capacidade de concentração (Lefèbure, 2003). A comunicação é feita essencialmente através do tónus, através do contato corporal, voz, respiração e ritmo da interação (Martins, 2002), no entanto, o mesmo autor sublinha a importância da gestão da distância, de modo a afastar possíveis situações de evitamento ou angústia. Assim, será importante compreender quais as experiências mais adequadas ao sujeito, i.e., mediações através do contacto direto corpo a corpo, através de objetos ou pela automassagem (Maximiano, 2004). Mais importante que aplicação rigorosa de determinada técnica, é a consideração a ter pela personalidade da criança. Não é necessário aplicar a técnica de modo inflexível, mas esta deve considerar os objetivos terapêuticos da criança e a relação que esta possui com o terapeuta (Boscaini, 2000; Maximiano, 2004). As atividades de relaxação, podem ser aplicadas em contexto de grupo e individualmente (Bergès-Bounes et al., 2008).

3. Psicopatologias

Neste ponto pretende-se a apresentação teórica das perturbações pedopsiquiátricas mais frequentemente acompanhadas pelo serviço de Psicomotricidade da CE. No entanto seria impossível comentar de modo pormenorizado todas as problemáticas, dado o grande número de casos acompanhados, i.e. 32 casos, que se distribuem por mais de 7 diagnósticos diferentes.

Assim serão apenas caracterizadas as perturbações relacionadas com os estudos de caso. Para cada diagnóstico será feita uma abordagem segundo os critérios diagnósticos do DSM-V, sendo ainda mencionados, sempre que possível, aspetos relacionados com a etiologia, prevalência, prognóstico e intervenção terapêutica, incidindo neste último aspeto sobre a eficácia da psicomotricidade.

3.1. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

O diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, PHDA, é atualmente o diagnóstico mais comum em idade pediátrica (Courtois, Champion, Lamy & Bréchon, 2007; Barkley et al. 2008) e também o diagnóstico de perturbação do neurodesenvolvimento mais frequente (Boavida, 2006; Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, 2011).

Algumas visões, e.g. anglo-saxónica, conceptualizam o diagnóstico numa abordagem essencialmente comportamental, sublinhando a importância da hereditariedade. Existem visões, como a francófona, que preparam mais espaço para as desordens do contexto ambiental e afetivo, ao nível da estruturação de relações e da personalidade (Courtois, Champion, Lamy & Bréchon, 2007).

A PHDA é caracterizada pelos elevados níveis de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade tendo estes impacto ao nível do funcionamento e desenvolvimento (APA, 2013). Segundo a mesma fonte, a desatenção pode ser observada através de comportamentos como alheamento da tarefa, falta de persistência, dificuldades em manter o foco de atenção, desorganização (não devida a falhas na capacidade de compreensão). Assim, a hiperatividade está diretamente relacionada com o excesso de atividade motora e a impulsividade com a atuação precipitada, sem premeditação. A impulsividade pode refletir o desejo de uma recompensa imediata ou uma incapacidade para adiar a gratificação, os comportamentos impulsivos, podem manifestar-se através de comportamentos sociais desajustados, e.g. interromper excessivamente os outros, tomar decisões sem ter em conta as consequências a longo prazo (Cordinha & Boavida, 2008; APA, 2013). Os sintomas devem surgir antes dos 12

anos e as manifestações sintomáticas devem estar presentes em vários contextos, e.g. casa, escola (APA, 2013).

Tal como o proposto inicialmente por Barkley (1998), os défices chave da perturbação localizam-se ao nível do controlo inibitório e também das funções executivas. Estudos mais recentes têm vindo reforçar este pensamento, tendo se verificado défices nestas funções e.g. problemas nas respostas de inibição, vigilância, planeamento e memória de trabalho (Lambek et al. 2010).

Segundo o DSM-V, na maioria das culturas, o diagnóstico manifesta-se em cerca de 5% das crianças (APA, 2013) mas há prevalências que se situam entre os 5 e os 7.1% (Polanczyk, Lima, Horta, Biederman, Rohde, 2007; Willcutt, 2012). Relativamente a diferenças entre géneros, verifica-se que o género masculino apresenta maior prevalência (Willcutt, 2012; Barrias, 2014).

A etiologia permanece como um foco gerador de controvérsia, sendo a génese da PHDA incerta, mas verifica-se que implica uma grande variedade e interação de fatores de ordem genética e ambiental (Barkley, 2002; Barrias, 2014). No que se relaciona com fatores de risco verifica-se que vários são considerados, e.g. fatores genéticos, fatores de risco perinatais, psicossociais e envolvimentoais (Thapar, Cooper, Eyre & Langley, 2013).

Segundo Barrias (2014) é frequente a divisão entre fatores genéticos e ambientais. Relativamente aos fatores genéticos, existem diversos estudos que evidenciam um forte papel da hereditariedade, embora não se conheçam ainda marcadores genéticos específicos, bem como os respetivos processos (Silver, 2004). No que concerne a fatores ambientais, é sabido que estes afetam o funcionamento e desenvolvimento global da criança (Barrias, 2014).

Os avanços nas neurociências e neuro imagem, permitiram constatarem que muitas regiões do cérebro e alguns neurotransmissores têm um papel importante na PHDA, e.g. sistemas dopaminérgico e noradrenérgico (Antshel et al., 2011; Barrias, 2014). O córtex pré-frontal também parece importante, uma vez que tem uma alta exigência de dopamina e um papel importante nas funções executivas, e.g. atenção, capacidade de antecipação e organização de tarefas (Antshel et al., 2011, Rubia, 2013).

Alguns estudos verificam uma associação positiva entre a PHDA e algumas adversidades como conflitos familiares, famílias aglomeradas e classe social baixa (Rohde & Mattos, 2008), no entanto estes fatores não atuam de forma isolada para o surgimento da PHDA (Lopes, 2003). Fatores como complicações pré-natais e perinatais são também um fator de risco importante (Garcia, 2001).

Há autores que apontam fatores de risco relacionados com a incapacidade familiar de compreensão e de contenção. Gerdes et al. (2003) verificou que as mães e pais de crianças com PHDA percebem as relações com os filhos de modo mais negativo. Verificou-se ainda que os pais de crianças com PHDA apresentam um estilo menos permissivo, i.e., mais punitivo que os outros pais.

Relativamente a outros aspetos das crianças com PHDA, Gazon (2006) atenta nas vivências psicocorporais destas crianças, uma vez que é visível uma instabilidade marcada pelo uso inadequado de habilidades motoras e excesso de movimentos, que muitas vezes comprometem o investimento psíquico a nível corporal. Existem sintomas que são bem visíveis, i.e., sintomas psicomotores, no entanto experiências relacionadas com a imagem e limites corporais importantes nas habilidades psicológicas da criança nem sempre são facilmente observáveis (Gazon, 2006). O mesmo autor refere que se observam mais problemáticas associadas, e.g. labilidade emocional, fragilidade narcísica, problemas da linguagem e problemas de memória. O mesmo autor relembra a dificuldade que as crianças hiperativas revelam nos processos de simbolização, agindo imediatamente através do impulso.

A nível psicomotor, Gazon (2006) apresenta problemas em diferentes níveis: problemas de nível tónico, problemas no esquema corporal, sendo ainda mencionados problemas na elaboração do projeto motor antes da ação, pelo que a falta de flexibilidade e capacidade de adaptação, leva a que a criança hiperativa possa evitar situações novas, podendo as atividades motoras revelarem-se esquemáticas ou estereotipadas. Garcia (2001) acrescenta dificuldades na coordenação motora, que afetam por exemplo a coordenação manual, e.g. dificuldades em situações quotidianas como atar os sapatos.

Em virtude do fracasso presente em diversos níveis, i.e., escolar, pessoal e social, a criança com PHDA pode manifestar sentimentos de insatisfação e mal-estar (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). Os mesmos autores realçam o facto de que se a criança não tiver qualquer tipo de suporte ou acompanhamento, poderá manifestar sintomas de depressão, como consequência da sua dificuldade de adequação às exigências do meio. Antunes (2009) corrobora estes dados e verifica também que a PHDA está associada a insucesso escolar, depressão e sofrimento referindo que são frequentes as comorbidades com dificuldades de aprendizagem, ansiedade e depressão. Barkley (2002) refere ainda que as crianças com PHDA são tendencialmente mais teimosas, negativistas e menos submissas que as restantes, o que pode também comprometer a sua adaptação ao meio.

Relativamente à intervenção, encarando a tríade sintomática, o tratamento multimodal é o mais amplamente recomendado (Taylor et al., 2004), referindo Joly (2009) a importância da terapia farmacológica aliada a outras intervenções, tal como a intervenção psicomotora.

A psicomotricidade através da articulação entre movimento do corpo e movimento do pensamento, tem-se revelado uma resposta interessante nesta problemática (Gazon, 2006), assumindo-se como um elemento incontornável e organizador ao nível das dificuldades no autocontrolo, gestão da atenção e percepção do tempo (Albaret, Marquet-Doléac, Neveux & Sopplesa, 2014). O objetivo será fornecer à criança estratégias eficazes de controlar as suas ações e comportamentos, considerando as componentes motoras e percetivas subjacentes (Marquet-Doléac, Sopplesa, Albaret, 2005; Neveux & Albaret, 2014).

Albaret, Marquet-Doléac, Neveux & Sopplesa (2014) sugerem que primeiramente seja favorecida a motivação, e.g. através de um contrato entre criança e terapeuta, onde se perceba qual o seu grau de adesão às atividades. Os mesmos autores referem que o espaço deve ser amplo e com o menor número possível de equipamentos. As sessões deveram ter situações de elevada componente motora mas também atividades que requeiram aspetos de ordem cognitiva devendo ser fornecidos reforços imediatos e contínuos. Numa segunda etapa poderá ser pedida a inibição da impulsividade, em contexto lúdico, e sugeridas atividades de autoinstrução e resolução de problemas. Ao nível da resolução de problemas, os autores sugerem começar por interpretar o problema, definindo-o, gerar as soluções, seleccionar uma e executá-la; por fim deve ser verificada a sua eficácia.

O terapeuta deve encorajar a observação e o foco na informação pertinente por parte da criança, o que consequentemente gera benefícios ao nível da capacidade de inibição. As dificuldades na percepção do tempo podem ser trabalhadas através da visualização de um fluxo de tempo (Albaret, Marquet-Doléac, Neveux & Sopplesa, 2014). O psicomotricista pode ajudar a criança a dividir e sequenciar as tarefas, cuja medida de tempo é predefinida, facilitando o estabelecimento de um sentimento de autocontrolo (Albaret, Marquet-Doléac, Neveux & Sopplesa, 2014).

Barzegary & Zamini (2011) e observaram também que as terapias que utilizam o jogo como ferramenta se verificam eficazes no tratamento das crianças com PHDA, existindo estudos que confirmam benefícios ao nível dos problemas internalizados e externalizados (Ray, Schottelkorb & Tsai, 2007).

3.2. Perturbações da Ansiedade

Neste subcapítulo serão abordadas as Perturbações da Ansiedade (PA) de modo geral e posteriormente o diagnóstico de Mutismo Seletivo (MS), uma vez que corresponde ao diagnóstico do estudo de caso II.

As pesquisas têm evidenciado que a primeira ou qualquer PA se inicia claramente na infância (Fox et al., 2005; Byrne, Stein & Craske, 2006). Sendo este um dos diagnósticos pedopsiquiátricos mais frequentes, verificando-se em cada cinco crianças/adolescentes, no entanto nem sempre esta perturbação é identificada e seguida (Volkmar & Martin, 2011).

Apesar das variações nas estimativas de prevalência devido ao método de variância, a prevalência de qualquer PA em estudos com crianças e adolescentes situa-se entre os 15 e os 20% (Beesdo et al., 2009), segundo outros autores a prevalência varia entre os 3 e os 30% (Volkmar & Martin, 2011). No que respeita às diferenças entre géneros as PA verificam-se mais frequentemente no género feminino que no masculino, e estas diferenças acentuam-se com a idade (Craske, 2003) para rácios de 2:1 ou 3:1 na adolescência (Pine et al., 1998; Ruscio et al., 2007).

Relativamente à etiologia, verifica-se que os modelos sugerem um espectro alargado de fatores de risco e de manutenção, i.e., fatores biológicos, psicológicos e ambientais. Os fatores interagem entre si e maximizam a vulnerabilidade de a criança ou adolescente ter um quadro de ansiedade (Teiga, 2014).

Para os fatores biológicos, a investigação conclui que a transmissão genética constitui um fator de risco geral, no entanto o ambiente familiar modela as manifestações sintomáticas (Rapee, 2012, Volkmar & Martin, 2011). Foram realizadas várias investigações mas até hoje não foi individualizado nenhum gene específico para a ansiedade; a região promotora do gene transportador da serotonina foi estudada, mas verifica-se que a sua influência não se verifica apenas nas PA (Volkmar & Martin, 2011). Existem também evidências relativamente à hereditariedade do temperamento (Rapee, 2012; Beesdo, Knappe, Psych & Pine, 2009; Fox et al. 2005), e em idades pediátricas o fator de risco com mais significado é o temperamento inibido. Este tipo de temperamento está associado a um aumento de duas a quatro vezes mais da probabilidade para reunir os critérios diagnósticos de uma PA (Rapee, 2012; Beesdo et al., 2009).

Os fatores ambientais compreendem fatores de ordem familiar, eventos de vida e viés cognitivo que podem determinar a manifestação da Perturbação (Teiga, 2014). Através de estudos, conclui-se que pais ansiosos, involuntariamente reforçam as estratégias ansiosas de *coping* e.g. evitamento, modelando as respostas que a criança

revela perante os medos e a ansiedade (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action (AACAPOA), 2007; Rapee, 2012). Parece ainda que os estilos parentais pautados por criticismo elevado, negativismo, superproteção, hipercontrole e hipervigilância contribuem para o desenvolvimento de uma PA (AACAPOA, 2007; Mcleod, Wood & Weisz, 2007; Rapee, 2012). Além disso as interações entre pais e filhos traduzem interações cíclicas, i.e., uma criança inibida vai induzir a superproteção dos pais, e esta superproteção pode posteriormente conduzir a problemáticas ao nível da ansiedade (Coghill, Bonnar, Duke, Graham & Seth, 2009; Rapee, 2012).

No que respeita aos eventos de vida, existem poucos estudos que tenham investigado esta relação, no entanto verifica-se que as crianças ansiosas têm mais eventos de vida negativos, talvez devido aos maiores índices de preocupação e evitamento associados (AACAPOA, 2007). Uma forma particular de evento de vida que recebe maior atenção são as situações de *bullying*, existindo a evidência de que as crianças com PA são mais suscetíveis de ser vítimas de *bullying* (AACAPOA, 2007).

Na leitura de situações ambíguas, a criança com PA tende a sobrestimar o risco e subestima as suas estratégias de *coping*. Ainda não se encontra definido se este viés cognitivo tem relação com o início das problemáticas ou se reflete os sintomas ansiosos. Ainda assim, verifica-se que diminui com a intervenção (Beesdo et al., 2009; Rapee, 2012).

Em seguida será apresentado o diagnóstico de Mutismo Seletivo, que se inclui nas Perturbações da Ansiedade, e corresponde ao diagnóstico do estudo de caso II. Posteriormente surge uma breve referência relativamente à intervenção nas perturbações da ansiedade, onde o MS se inclui.

3.2.1. Caracterização do diagnóstico de Mutismo Seletivo

Hoje compreende-se este quadro clínico como uma perturbação relacionada com a ansiedade, embora nem sempre tenha sido assim (Chavira, Shipon-Blum, Hitchcock, Cohan, Stein, 2007; Volkmar & Martin, 2011). Apesar disso, muitos autores entendem ainda esta problemática como uma manifestação precoce da Perturbação de Ansiedade Social, uma vez que é frequente a coocorrência (Chavira et al., 2007; Volkmar & Martin, 2011).

As crianças que apresentam esta problemática, geralmente falam apenas com um grupo restrito de pessoas em ambientes específicos, mas têm as competências de linguagem recetiva e expressiva intactas (Volkmar & Martin, 2011; Dulcan, 2010). Geralmente falam em ambientes familiares, com os pais e irmãos, e não o fazem na escola nem com estranhos. Quando afastadas dos ambientes familiares, podem

comunicar por gestos, escrita, sussurro ou frases monossilábicas (Dulcan, 2010; Volkmar & Martin, 2011). As crianças com esta problemática são ainda descritas como extremamente tímidas, apresentando elevados níveis de isolamento, inibição, dificuldades no estabelecimento de contacto ocular, medo exagerado de situações de embaraço social e de situações de ausência da principal figura de referência (Sharkey Sharkey, Nicholas, Barry, Begley & Ahern, 2008).

Para que os critérios do DSM-V sejam cumpridos e o diagnóstico possa ser feito, a rejeição insistente em falar em situações sociais específicas terá de durar pelo menos um mês (não podendo ser no primeiro mês de escola) tendo também que existir interferência nas aprendizagens e nas relações interpessoais (APA, 2013). A situação também não pode ser explicada pelo desconhecimento da língua ou por outra doença (APA, 2013).

As prevalências estimadas para o MS têm números que apontam para uma prevalência inferior a 1%, diminuindo com a idade (Teiga, 2014).

Relativamente à etiologia específica do MS, este pode ser conceptualizado através da interação de variados fatores envolvimentoais e genéticos (Cohan, Price, Stein, 2006). Numa linha puramente psicodinâmica referem-se conflitos internos como potencial causa (Yanof, 1996). Outras perspetivas sugerem padrões de reforço parental mal adaptativos e carências nas relações parentais (Anstendig, 1998). Kristensen & Torgerson (2001) e Remschmidt, Poller, Herpertz-Dahlmann, Hennighausen & Gutenbrunner (2001) encaram o MS como um problema que "corre" nas famílias, descrevendo que frequentemente os familiares mais próximos das crianças com MS se descrevem como tímidos e calados.

Afirmam-se como fatores de risco, as hospitalizações precoces, instabilidade e divórcio dos pais, mudanças constantes de residência, sendo bastante raro que os sintomas se devam a traumas físicos ou emocionais (Dulcan, 2010). É ainda comum a presença de fatores familiares adversos, e.g. pais hiperprotetores, conflito parental, pais com outros quadros de PA (Manassis, 2009; Dulcan, 2010).

A intervenção mais adequada, nas PA deverá ser traçada de modo individualizado para cada família e criança (Figueroa, Soutullo, Ono & Saito, 2012). Para Rapee (2012) a melhor abordagem será multimodal, i.e. trabalho com os pais e/ou família, articulação com a escola e elaboração de um plano terapêutico específico para a criança.

Em crianças com manifestações ansiosas e inibição, a intervenção em psicomotricidade deverá proporcionar situações securizantes, geradoras de confiança, sempre no sentido de autonomizar a criança, criando momentos propícios à expressão de atitudes de coragem, incentivo e descoberta (Costa, 2008). Atividades com situações de dramatização também são importantes, com a possibilidade de troca de papéis bem

como atividades expressivas que levem a um incremento no sentimento de autoeficácia e competência (Costa, 2008).

Nas crianças com MS, a psicomotricidade é um método de intervenção privilegiado, uma vez que usa variadas formas de comunicação; o trabalho em grupo também se assume como uma mais valia, permitindo a troca de experiências e a imitação (Costa, 2008). O descrito é corroborado por Hultquist (1995), que sublinha a capacidade de o jogo proporcionar um ambiente seguro, uma vez que a relação terapêutica pode ser realizada sem a necessidade obrigatória de falar. Estes dados são confirmados por estudos recentes, que verificam que a intervenção em grupo, através de atividades lúdicas conduziu a uma redução sintomática durante a terapia e no follow-up (SHoaakazemi, Javid, Tazekand, Rad & Gholami, 2012; Stulmaker & Ray, 2015).

4. Enquadramento Institucional Formal

O estágio curricular, desenvolvido no âmbito da componente de Aprofundamento de Competências Profissionais, foi realizado na Clínica da Encarnação, do Hospital Dona Estefânia. Neste subcapítulo, proceder-se-á à caracterização da instituição referida, no que respeita ao seu modo de funcionamento enquanto serviço de psiquiatria da infância e da adolescência. Será também caracterizado o serviço de psicomotricidade que se inscreve na equipa de pedopsiquiatria da estrutura mencionada no parágrafo anterior. Surge ainda referencia à relação entre os diferentes profissionais que constituem a equipa e ainda a relação desta com o departamento em que se inclui, bem como as relações estabelecidas com as famílias e a comunidade.

Os dados recolhidos e apresentados em seguida têm origem o manual local de Qualidade da Área de Pedopsiquiatria da CE, disponível para consulta local.

4.1. Caracterização do Serviço da Clínica da Encarnação

A CE faz parte do Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (DPIA) do Centro Hospitalar de Lisboa Central, do HDE. Este serviço tem como missão a prestação de cuidados de saúde mental em regime de ambatório e de internamento à população infantil e juvenil (até aos 18 anos, exclusive). A missão incorpora ainda atividades de formação ao nível do ensino, pré e pós graduado e investigação.

O DPIA abrange apenas uma especialidade e está organizado em áreas funcionais. Estas correspondem a três equipas, que se distribuem por diferentes áreas de atendimento, i.e., Clínica da Encarnação, Clínica do Parque e Clínica da Lapa. Existem ainda duas equipas especializadas em determinadas faixas etárias, Unidade de Primeira

Infância e Clínica da Juventude, bem como uma Unidade destinada ao Internamento/Ligação.

Com localização no Bairro da Encarnação, a CE recebe utentes das freguesias de Marvila e Olivais, concelhos de Loures, Benavente, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Mafra, Lourinhã, algumas freguesias de Vila Franca de Xira.

A metodologia de trabalho presente visa o tratamento multidisciplinar, considerando aspetos biomédicos, relacionais e psicossociais, tendo sempre como base a continuidade dos cuidados, promovendo a saúde mental e a reabilitação.

O encaminhamento para esta unidade pode ser realizado por requerimento dos pais ou tutores legais ou por encaminhamento do médico de família ou professores. Este pedido pode ser elaborado presencialmente, por telefone ou correio eletrónico, sendo recebido por um dos assistentes administrativos. Depois da distribuição do caso para um pedopsiquiatra, é agendada uma consulta. Quando for estabelecido o plano de cuidados pelo médico, a criança pode beneficiar do acompanhamento de outros técnicos da equipa. O projeto terapêutico é normalmente acordado e discutido periodicamente entre os técnicos que seguem o caso.

A CE dispõem de vários meios de diagnóstico, tratamento e reabilitação realizadas em regime ambulatorio, e.g. consultas de diagnóstico e orientação terapêutica, avaliações psicológicas, avaliações sociofamiliares, psicoterapias, apoio às famílias, terapias familiares, psicopedagogia, terapia ocupacional, terapia da fala e psicomotricidade.

O suporte que dá à comunidade é assegurado por uma equipa multidisciplinar composta por diferentes técnicos de saúde: três pedopsiquiatras, uma enfermeira especialista, duas psicólogas clínicas, uma terapeuta da fala, uma professora de ensino especial, um psicomotricista, uma assistente social, uma assistente técnica e um assistente operacional. A este conjunto de recursos humanos têm sido em cada ano letivo adicionados três médicos internos, cinco estagiários de psicologia clínica e três estagiários de psicomotricidade.

No que concerne ao espaço físico, existe uma partilha das instalações com a Unidade de Primeira Infância (UPI), encontrando-se as unidades delimitadas por alas. A CE localiza-se na parte esquerda do edifício, onde figura o gabinete da equipa de psicomotricidade. Na parte direita do edifício fica então a UPI, localizando-se nessa ala, a sala terapêutica onde a intervenção psicomotora se desenvolve. A CE dispõem ainda de um espaço de receção, com secretaria, sala de espera, diversos gabinetes, um arquivo, sala de reuniões, copa e casas de banho.

4.2. A Psicomotricidade na Clínica da Encarnação

Na CE, a psicomotricidade faz parte do conjunto de terapias complementares na modalidade ambulatorial do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência da CE.

As atividades compreendidas no estágio desenvolveram-se de acordo com os princípios e a organização que se apresentam de seguida. Inicialmente são contempladas as diferentes dinâmicas, i.e. em grupo ou individual, a apresentação da sessão tipo e das condições ambientais em que se desenvolveram.

4.2.1. Modelo de Funcionamento

O serviço de psicomotricidade realiza sessões de avaliação psicomotora, consultas de seguimento, sessões de psicomotricidade e consultas para articulação com os pais e as escolas. Os utentes são geralmente encaminhados para este serviço através de uma reunião informal com o pedopsiquiatra responsável onde é entregue o processo em questão, no entanto o encaminhamento também pode ser realizado por outro profissional.

O primeiro momento de contacto com a criança, abrange três momentos essenciais: entrevista de acolhimento com a criança e os pais, entrevista semiestruturada com os pais ou tutores, observação da criança na presença ou ausência da figura de referência. Os momentos mencionados podem não ocorrer necessariamente por esta ordem. Por vezes, o psicomotricista também colabora no preenchimento da anamnese, como recomenda o protocolo hospitalar, sempre que este se encontre incompleto ou quando surgem novos dados. Este preenchimento é realizado essencialmente durante os dois primeiros momentos referidos inicialmente.

Durante a entrevista de acolhimento, após as apresentações, a família é questionada sobre o motivo que as trouxe à CE, sobre as preocupações atuais, dúvidas e expectativas relativamente ao serviço, bem como sobre outros exames ou relatórios realizados recentemente, e.g. relatórios de outros técnicos de saúde ou professores. Se a criança estiver interessada em participar na conversa, as suas exposições são consideradas e exploradas, tentando-se perceber como se sente sobre aquilo que se está a dizer.

Na entrevista semiestruturada, as questões abordam os sintomas, comportamento em casa e na escola, bem como as repercussões destes na família e nos resultados escolares. É ainda questionada a relação que as figuras parentais estabelecem com a criança e as relações que esta estabelece.

Relativamente à observação da criança, pretende-se ficar a conhecer as suas dificuldades, que se podem localizar em diferentes contextos bem como as suas competências. Esta observação pode ser acompanhada de uma conversa entre o técnico

e a criança mas centra-se essencialmente na observação do comportamento, atitudes e desenhos da criança, em situações de jogo livre. Soeiro (2014) refere que o desenho é um bom instrumento de avaliação, funcionando como meio facilitador de comunicação, permitindo a verbalização de receios e preocupações e a expressão também pelo próprio desenho. A mesma autora refere que as situações de jogo livre são igualmente importantes pela sua possibilidade de fornecer indicações sobre a conflitualidade presente.

Geralmente após a primeira consulta em psicomotricidade são marcadas duas ou três sessões para ser realizada uma avaliação psicomotora mais profunda e análise acerca da possível integração num grupo. É neste período de tempo que são entregues os questionários sobre os comportamentos e a expressão sintomática, a BASC (Reynolds & Kamphaus, 1992), versão pais e professores. Se a criança tiver 8 ou mais anos de idade pode ser aplicado o questionário de autoavaliação da BASC. Nem sempre este questionário é aplicado pois é um questionário extenso que, embora possa ser preenchido na presença do psicomotricista, contém perguntas complexas, que a criança pode não compreender por problemas no processamento da informação ou por imaturidade, bem como por inibição e ansiedade. Quando se aplica este teste, o psicomotricista procura explorar determinadas questões, de modo a perceber realmente a posição da criança e retirar qualquer dúvida que esta possa ter. É também aplicado o DAP (Naglieri, 1988), que consiste na execução gráfica de três desenhos, desenho do homem, da mulher e do próprio, que podem ser aplicado individualmente, ou em grupo.

Após a receção das escalas preenchidas e em conjunto com todos os dados recolhidos da avaliação em psicomotricidade, é elaborado o projeto de intervenção. Caso se verifique que a criança não beneficiará de sessões de psicomotricidade, esta pode ser encaminhada para outro técnico da CE ou da sua escola.

No erguer do processo terapêutico, é sempre premissa o trabalho conjunto com as famílias, sendo realizadas reuniões ou consultas. Pretende-se assim a troca constante de informações e feedback sobre as crianças bem como a integração dos pais no processo terapêutico. É sempre respeitado o nível de participação que cada família escolhe, i.e. passivo ou ativo, mas ainda assim fomenta-se a responsabilização e o *empowerment*, através da apresentação de estratégias ou ideias para realizar em família.

As sessões de psicomotricidade são realizadas na sala terapêutica da CE, tendo uma duração de 30 minutos, no período de setembro a julho, de segunda a quinta, das 9h às 12:30h. As sessões costumavam ter uma duração superior, no entanto, face ao elevado número que de casos encaminhados para o serviço de psicomotricidade, o

tempo de sessão diminuiu, de modo a dar resposta ao maior número possível de crianças. As crianças costumam ser chamadas em setembro para reavaliação de modo a compreender se é necessário continuar o atendimento em psicomotricidade. Em novembro e junho decorrem as avaliações formais. As dinâmicas desenvolvidas podem ser em grupo, a pares ou de carácter individual.

É importante frisar que não é seguido um plano de sessão, devido ao modelo de intervenção em vigor na CE, uma vez que existe uma adaptação constante do terapeuta ao comportamento e expressão da criança. Para Costa (2008), a inexistência de planos de sessão não significa que a intervenção não seja pensada e refletida, após sessão procede-se de igual modo a um tempo de reflexão. Assim, depois de cada sessão, é sempre escrito um relatório de sessão individual, com uma descrição factual da sessão, explicitação dos fatores psicomotores, emocionais e relacionais mais importantes.

4.2.2. Sessões em grupo ou sessões individuais

Como já foi referido, as sessões de psicomotricidade podem ter um formato individual ou em grupo, mediante as necessidades e características da criança. Llinares e Rodriguez (2003) sugerem que esta opção deve ser decidida depois de se proceder à avaliação do indivíduo, considerando as características dos dois tipos de abordagem.

As sessões individuais são possíveis de realizar num espaço mais pequeno, e o terapeuta poderá direccionar mais atenção e respeitar melhor o ritmo individual de cada criança, que por seu turno terá um maior nível de expressão e participação na sessão (Arágon, 2007) procedendo a uma maior atenção e valorização mediante os processos da criança, ajustando a intervenção a aspetos muito diretos. No entanto, no acompanhamento individual, poderá acontecer que o psicomotricista proteja demasiado a criança, limitando a sua autonomização (Llinares & Rodriguez, 2003).

Para Lapierre & Aucouturier (1982) o grupo corresponde a uma situação privilegiada quer pela riqueza de situações, quer pelo facto de se conseguir evidenciar a personalidade e os conflitos das crianças. Onofre (2003) revela um pensamento semelhante, afirmando que o grupo é gerador de sensibilidades e conhecimentos, conseguindo organizar as situações vivenciadas. As sessões em grupo favorecem de forma mais acentuada as relações interpessoais, a comunicação e cooperação, e potencializam ainda a espontaneidade. As crianças relacionam-se e terapeuta atua como mediador, permitindo trabalhar competências não possíveis através da intervenção individual. No entanto, exige um maior espaço físico e necessita de maior gestão das atividades e supervisão da parte do psicomotricista (Defontaine, 1978), verificando-se

uma menor oportunidade de observação individualizada de cada criança, sendo também mais frequentes comportamentos de indisciplina (Arágon, 2007).

Devido à discrepância entre a longa lista de espera e um número reduzido de técnicos, em 1987, sob a orientação da Dr^a Maria José Vidigal, tiveram origem na CE os grupos terapêuticos (Costa, 2011). Os grupos apresentavam constituição homogénea, com número de elementos variável. Segundo Chapellière (2009) e Costa (2008) os grupos devem ser constituídos por crianças com diferentes patologias de modo compatível e complementar. A complementaridade prende-se, segundo Costa (2005) com o estágio de desenvolvimento, estatura, interesses e nível de comunicação. Chapellière (2009) realça o facto de o grupo possibilitar o encontro entre pais, que poderá atenuar a pressão social e promover a troca de informações sobre as dificuldades de cada um.

O grupo é um espaço sugerido para crianças com perturbações emocionais uma vez que é um espaço contentor e que permite a regulação emocional e flexibilidade de pensamento, desenvolvendo elaboração cognitiva em dois níveis: intrapsíquico, na ligação dos afetos ao pensamento e no nível inter-relacional uma vez que possibilita a relação criança-crianças e criança-terapeuta (Chapellière, 2009). Outra vantagem particular da abordagem em grupo surge nas crianças com dificuldades de separação e inibição, facilitando assim a autonomização da criança (Chapellière, 2009).

Em crianças hiperativas e com alterações do comportamento também são verificadas eficácias através das sessões em grupo (Naderi, Heidarie, Bouron & Asgari, 2010), uma vez que se apela à aceitação de regras, ao pensar antes de agir, gerindo a frustração e permitindo a reflexão conjunta (Moutinho, 2012). Apesar dos benefícios do grupo este não é indicado em algumas situações e.g. crianças imaturas a nível psíquico e afetivo (Vecchiato, 2003), crianças que ainda não adquiriram processos de simbolização ou com grande nível de agressividade e agitação (Costa, 2008). Verificam-se assim benefícios da intervenção psicomotora, quer em abordagem individual ou grupal, em diversas problemáticas.

4.2.3. A sessão-tipo

Apesar de as sessões não serem planeadas, existe um protocolo segundo o qual as sessões se desenvolvem, que no entanto é sensível a alterações mediante as características próprias das crianças ou constrangimentos de ordem temporal.

A sessão-tipo tem a duração aproximada de trinta minutos, dada a quantidade de casos encaminhados para a Psicomotricidade. Esta sessão organiza-se em três momentos: momento inicial, desenvolvimento das atividades e momento final.

O momento inicial tem como propósito a partilha de acontecimentos significativos para a criança com os colegas de grupo, ou com o terapeuta, se a sessão for individual. Neste tempo é decidida a (as) atividade(s) a realizar na sessão estando a terapeuta atenta no sentido de se assegurar de criar nuances que façam com que a atividade englobe os objetivos estabelecidos. Neste momento realiza-se a escrita dos nomes dos participantes da sessão no quadro, mesmo daqueles que estão a faltar. Deste modo, as crianças compreendem que mesmo quando faltam, os colegas se lembram deles criando sentimentos de pertença relativamente ao grupo. Em seguida é escolhida a atividade da sessão, que requer uma mediação de conflitos uma vez que nem todos os elementos têm os mesmos interesses. Todas as atitudes e opiniões são mediatizadas pelo psicomotricista, bem como é fornecido feedback sobre a gestão do tempo sendo sempre estimula a reflexão sobre as ações. Durante todas as sessões o psicomotricista partindo dos interesses da criança, tenta estimular a sua evolução, trabalhando sobre os aspetos em dificuldade, sugerindo estratégias ou adequando o grau de dificuldade.

O momento final compreende um momento de calma e reflexão onde todos são convidados a referir os aspetos que mais ou menos gostaram, dificuldades e sugestões. Por vezes nesta parte, tendo em conta as características das crianças são introduzidas técnicas de relaxação. É também debatido o comportamento e desempenho na sessão, bem como se procede ao arrumar de todo o material, calçar os sapatos e despedir do grupo.

Como se pode observar, a sequencia temporal da sessão contempla um primeiro momento de desenvolvimento sensório motor e afetivo, uma vez que se concentra no corpo e nas suas emoções e o segundo momento num panorama mais cognitivo e lógico, existindo uma distanciação da ação que permite a exploração de conceitos pedagógicos e construção (Aucouturier, 1993; Llinares & Navarro, 1998).

4.2.4. Caracterização dos espaços e materiais utilizados na Intervenção

Na CE, o psicomotricista intervém essencialmente na sala terapêutica. No entanto por vezes utiliza o gabinete para realizar determinadas ações, e.g. conversa com os pais, sendo assim este espaço mencionado.

Deste modo o gabinete é o espaço onde decorrem as primeiras consultas, reuniões com os pais e outros trabalhos de gabinete e.g. cotação de instrumentos de avaliação, reuniões com o orientador e escrita de relatórios de sessão para os processos. Por ser um espaço mais adequado a estas funções é usado em vez da sala terapêutica.

A sala terapêutica localiza-se na UPI, ao fundo do corredor com várias portas coloridas e decorado com vários quadros e pinturas, em anexo encontram-se fotografias

do espaço bem como uma planta que ilustra a sua organização (ver Anexo XXV). O espaço tem janelas compridas com estores nas paredes laterais, o que possibilita a utilização da luz natural e também o controlo dessa luminosidade. Na parede onde se encontra a porta, à esquerda existe uma pequena mesa e duas cadeiras. Na parede em frente, existe um espelho e um quadro branco, materiais que podem servir de ajuda para explorar questões relacionadas com o esquema corporal e também no auxílio à estruturação e organização do pensamento. Verifica-se que o espaço reúne as condições destacadas por vários autores (Arágon, 2007; Sánchez & Buitrago, 2008).

Os materiais usados nas sessões, encontram-se dispostos pela sala, existindo baús específicos para determinados materiais, e.g. baú com tecidos, livros, fantoches e materiais diversos, baú para as bolas. Existem ainda materiais dispostos pela sala, e.g. piscina de bolas, minitrampolim, colchões, bolas e esponjas, placas sensoriais, arcos de diferentes cores e tamanhos, escorregas, espaldar, cordas, puzzles e mini cesto de basquetebol; i.e. materiais comumente utilizados nas sessões de psicomotricidade (Arágon, 2007; Costa, 2008; Aucouturier, 2011). Junto ao ginásio existe uma sala de arrumação onde se guarda o material excedentário ou aquele que pelas suas dimensões nem sempre pode estar na sala terapêutica.

O espaço e o tempo são aspetos fundamentais no processo de intervenção, mas Aucouturier (1993) sublinha também a importância das atividades bem como dos materiais envolvidos, uma vez que segundo Lapierre & Lapierre (2005) os objetos atuam como mediadores desde o início do processo normal de desenvolvimento. Fonseca (2009) e Rodriguez & Llinares (2008) também enfatizam o papel dos materiais, uma vez que podem facilitar as relações entre o indivíduo e o psicomotricista. Mas apesar da sua utilidade, os materiais não devem tomar um carácter obrigatório, mas sim desempenharem um papel de suporte de modo diversificado, flexível e inovador (Fonseca, 2009). Devem sempre tornar as atividades psicomotoras mais ricas, atuando como facilitadores ou de modo a acrescentar valor à interação do terapeuta, no sentido de promover funções de atenção, memória, controlo, perceção, simbolização, verbalização, entre outras (Fonseca, 2009).

Assim os objetos atuam como mediadores da atividade e da relação, assumindo-se como um espaço simbólico e de expressão de desejos e emoções (Llinares & Rodriguez, 2003). Assim estes podem ser introduzidos pela sua funcionalidade e também pelo simbolismo que suscitam.

4.3. Relação entre profissionais

Em diversos contextos, tal como no hospitalar sobrepõem-se a necessidade de trabalhar em equipa. Assim, neste ponto será dada ênfase à forma como na CE, se desenvolve a articulação entre técnicos e tratamentos.

Para Costa (2008) o trabalho e a discussão entre equipas é essencial para realizar objetivos comuns e assim, convém realçar as reuniões de equipa, que através da troca de ideias, conhecimento, experiências e vivências são parte fundamental para uma intervenção mais adequada.

As relações estabelecidas entre os profissionais das diversas áreas que se encontram na CE realizaram-se tendo em conta o conceito de interdisciplinaridade. Assim consoante a disponibilidade dos técnicos, estes realizam várias reuniões informais, onde se procede à troca e discussão de ideias sobre os casos acompanhados nas diversas intervenções proporcionadas. Dada esta articulação entre técnicos, são frequentemente estabelecidos atendimentos paralelos ou consequentes, e.g. muitas vezes o psicomotricista era chamado para a consulta com o pedopsiquiatra e os pais. Dada a relação próxima entre os técnicos foi fácil o esclarecimento sobre a evolução da criança, em vários contextos de ação.

Outro momento fulcral de articulação entre todos os técnicos são as reuniões de equipa, com frequência semanal e duração aproximada de duas horas. Estas reuniões são presididas pelo chefe de equipa, e uma vez por mês pelo chefe de departamento, tendo como objetivo principal a divulgação de informações hospitalares, formações e para a apresentação e divulgação de um caso. Assim, em cada semana um profissional prepara a exposição do caso para os colegas, proporcionando a partilha de informações sobre investigações atuais relacionadas com as práticas terapêuticas e informação teórica que suporte o entendimento e discussão do caso.

Existe ainda mais uma dinâmica importante, as reuniões de formação contínua, onde todas as equipas se reúnem no anfiteatro do HDE. Estas reuniões são realizadas mensalmente, geralmente na primeira quarta-feira de cada mês. Uma equipa por mês prepara um tema de formação que expõe, por vezes, depois da exposição há lugar para a apresentação de uma vinheta clínica. No final são realizadas perguntas e debatidas ideias entre técnicos, sendo um aspeto enriquecedor para todos.

Dadas as informações apresentadas, o funcionamento da CE como equipa, decorre tal como o definido teoricamente, afirmando Silva (2014) a importância do trabalho em equipa, de articulação entre valências terapêuticas e pedagógicas, estando também as

qualidades humanas de relacionamento presentes, no sentido de beneficiar a comunicação entre técnicos (Branco, 2010).

4.4. Relação com a comunidade

De seguida serão descritas as relações entre a CE e a comunidade, estando em foco as reuniões comunitárias e articulação com a escola.

As reuniões comunitárias decorrem uma vez por mês, sendo a presidência assegurada pelo pedopsiquiatra responsável pelo caso a discutir e nela intervinham também a técnica de ação social, a professora de educação especial e a enfermeira especialista. Os agentes comunitários são geralmente são os pais, técnicos ou entidades protetoras a criança (e.g. CPCJ). Os objetivos de modo geral, relacionam-se com os projetos terapêuticos e pedagógicos da criança e com os seus direitos. Encarnação, Moura, Gomes & Silva (2011) salientam o facto benéfico de os intervenientes provirem de diferentes ambientes relacionais sendo possível uma adaptação e compreensão da criança e do meio onde se insere.

As reuniões com a escola, verificam-se em duas modalidades. Podem realizar-se na CE, estando presentes os técnicos envolvidos no projeto terapêutico da criança, bem como os professores e pais. As reuniões também se podem realizar no espaço escolar, podendo ser escolhido apenas um técnico da CE para estar presente.

Estão ainda contempladas neste âmbito as sessões de defesa em tribunal, que têm a sua origem num processo judicial, e.g. divórcio do casal, pedido de guarda da criança ou situações de retirada da criança à família de origem. Assim, um dos técnicos que preste apoio à criança em questão, poderá ser chamado a dar declarações, por escrito ou presencialmente. Em casos de abuso físico ou sexual contra um menor, pode também ser chamado a tribunal um técnico do DPIA, de modo a auxiliar na proteção da integridade da criança, dada a exposição emocional a que será submetida.

CAPÍTULO II - Enquadramento da Prática Profissional

Neste capítulo será contextualizada a prática profissional que contempla a formação prática realizada na CE. Será primeiramente apresentada a calendarização relativa às atividades realizadas e o horário das mesmas. Em seguida serão explicitados os objetivos, as atividades realizadas e a relação com a comunidade e com os outros profissionais. Segue-se a caracterização geral da população, os instrumentos de avaliação utilizados e a apresentação de dois estudos de caso. Por fim serão apresentadas as atividades complementares de formação e mencionadas as dificuldades e limitações sentidas.

1. Objetivos e atividades realizadas no âmbito do estágio

Constituem-se como objetivos do estágio realizado, a aquisição de competências e aprendizagens bem como a realização de um treino especificamente direcionado para o exercício da atividade profissional, estando implícita a obtenção de competências ao nível da intervenção psicomotora, da relação com outros técnicos e profissionais e ainda com a comunidade (Martins, Simões & Brandão, 2014).

Relativamente à intervenção em psicomotricidade, realizada ao nível da saúde mental infantil e juvenil, pressupõem-se com este estágio a aquisição de competências de modo a serem desenvolvidas metodologias e instrumentos específicos de avaliação e intervenção de modo a responder às diferentes perturbações do desenvolvimento, com implicações na avaliação e planeamento em reabilitação psicomotora (Martins, Simões & Brandão, 2014). Deste modo, no estágio realizado desenvolveram-se atividades que foram de encontro aos objetivos descritos, e.g. avaliação do desenvolvimento psicomotor, definição de um perfil intra-individual, elaboração e aplicação de programas terapêuticos em psicomotricidade. Através dos estudos de caso, serão apresentadas e comentadas de modo pormenorizado as melhorias no perfil psicomotor, emocional e comportamental das crianças acompanhadas proporcionadas através da intervenção psicomotora.

1.1. Intervenção Psicomotora

Inicialmente a estagiária cumpriu um período de observação participada, de modo a integrar-se e familiarizar-se com o modelo do serviço de psicomotricidade. Terminado esse período, foram realizadas as tarefas relacionadas com a avaliação psicomotora, elaboração, modificação e implementação de projetos terapêuticos, sessões de intervenção psicomotora individuais e em grupo, redação de relatórios após as sessões (ver Anexo XVII) e relatórios de avaliação final (ver Anexo XIX) entrevistas e reuniões

com os pais, articulação com as escolas sendo constante a colaboração e reunião com os outros técnicos, de modo a acompanhar de modo mais eficaz a população.

1.2. Relação com outros profissionais e comunidade

De acordo com o modelo de funcionamento da CE, que pressupõe o trabalho e comunicação entre técnicos, a estagiária desenvolveu e trocou informações com os outros técnicos de saúde, através de reuniões informais e formais, e.g. apresentação de um caso.

Relativamente à relação com a comunidade, existiu contacto entre a estagiária e as escolas e professores de algumas crianças acompanhadas, famílias e terapeutas da CE. A comunicação realizada com os professores e escolas foi realizada telefonicamente, ou através de carta. Com os pais foram marcadas reuniões de esclarecimento, realizadas pessoalmente.

Foi ainda possível observar profissionais em diversas funções e atividades, e.g. consultas iniciais e de acompanhamento em pedopsiquiatria, sessão de terapia da fala.

2. Calendarização das atividades realizadas

De seguida serão apresentadas através de um cronograma as atividades e procedimentos no âmbito das atividades de estágio, e.g. horários e calendarização das sessões de psicomotricidade no ano letivo de 2014/2015.

2.1. Cronograma

O cronograma apresentado de seguida, na tabela 1, esquematiza a organização das atividades no âmbito das atividades de estágio, realizadas ao longo de todo o ano letivo.

Tabela 1 - Calendarização das atividades realizadas

Atividades realizadas		2014		2015						
		Out.	Nov.	Dez. Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Set- Out.
Integração na equipa										
Observação										
Avaliações iniciais										
Elaboração de projetos terapêuticos										
Intervenção Psicomotora										
Avaliações finais										
Reuniões de equipa										
Elaboração dos relatórios finais										
Relatório de Estágio	Enquadramento teórico									
	Enquadramento prático									
	Revisão Geral									
	Entrega									

As atividades de estágio decorreram desde 23 de outubro de 2014 até 30 de julho de 2015, no entanto neste período existiram algumas interrupções, devido a períodos de férias do orientador local, uma vez que a política institucional não permite a realização de intervenção na ausência deste; por vezes estas interrupções coincidiram com períodos de férias das crianças. Na ultima quinzena de julho foram realizadas menos sessões, sendo este tempo final utilizado na construção dos relatórios individuais de acompanhamento.

2.2. Horário das atividades de estágio

De seguida são apresentados dois horários, pelas tabelas 2 e 3. O primeiro horário é relativo ao período entre outubro e janeiro, período de apresentação e integração no serviço, com a população e o método de trabalho. O segundo horário compreende os meses de fevereiro a julho, onde as funções da estagiária se alteraram, ganhando mais responsabilidades e tendo sido criados mais grupos e recebidos mais casos para intervenção individual, que ficaram da sua responsabilidade.

O serviço de psicomotricidade da CE, funciona de segunda a quinta-feira das 9 horas às 12 horas e 30 minutos. O horário compreende cerca de 19 horas no total, sendo para isso contabilizado o tempo destinado ao estágio prático, reuniões de equipa na CE e as reuniões do núcleo de estágio, na faculdade, tendo-se estas realizado com frequência semanal, geralmente à segunda-feira, das 16:30h às 19:30h e sendo descritas no ponto 7. Atividades formativas complementares.

Tabela 2- Horário semanal de outubro a janeiro

Horário de Outubro a Janeiro 2014	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
9:00-9:30	Individual I	Grupo II	Reunião de Equipa	Individual III
9:30-10:00	Registos	Grupo III		Grupo VI
10:00-10:30		Registos		Grupo VII
10:30-11:00	Grupo I	Grupo IV		Registos
11:00-11:30	Registos	Registos	Individual II	Grupo VIII
11:30-12:00		Registos	Registos	Registos
12:00-12:30	Consulta de processos	Grupo V	Consulta de processos	
12:30-13:00		Registos		
16:30-19:30	Reunião Orientador Académico			

Tabela 3 - Horário semanal de fevereiro a julho

Horário de Fevereiro a Junho de 2015	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
9:00-9:30	Individual I	Grupo II	Reunião de Equipa	Individual III
9:30-10:00	Registos	Grupo III		Grupo VI
10:00-10:30		Registos		Grupo VII
10:30-11:00		Grupo IV		Individual V

11:00-11:30	Consulta de processos	Registos	Individual II	Grupo VIII
11:30-12:00	Individual IV	Registos	Registos	Registos
12:00-12:30	Registos	Grupo V	Consulta de processos	
12:30-13:00		Registos		
16:30-19:30	Reunião Orientador Académico			

2.3. Planeamento das sessões de Psicomotricidade

Na tabela 4 é apresentada a calendarização das sessões de psicomotricidade. Na construção da mesma, foram considerados os tempos de férias e outras interrupções realizadas.

As sessões que não se realizaram relacionam-se com a falta das crianças por motivos de saúde, visitas de estudo e outros fatores que impossibilitaram a sua presença.

Tabela 4 - Calendarização das sessões, 28 semanas de estágio

Calendarização das sessões	Outubro a Dezembro	Janeiro a Julho
	11 sessões x 9 semanas	13 sessões x 19 semanas
Nº sessões previstas	99 sessões	247 sessões
Nº sessões realizadas	92	241

Assim, contabilizam-se cerca de 28 semanas de estágio, durante as quais se realizaram 333 sessões de psicomotricidade, sendo nesta contabilização incluídas sessões de intervenção, avaliação psicomotora e observação.

3. Caracterização geral da população atendida

No âmbito das atividades de estágio foram seguidas e apoiadas 50 crianças, sendo 39 do género masculino e 11 do género feminino, com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos de idade, média de idades nos 6,98 anos. A intervenção decorreu em três modalidades, estando 11 em intervenção individual e 39 em grupos de 3 a 5 elementos. Importa sublinhar que algumas crianças seguidas individualmente beneficiaram também de intervenção em grupo.

Relativamente aos diagnósticos e problemáticas, as mais frequentes foram PHDA, PA, Dificuldades de Aprendizagem e as Perturbações do Comportamento. Surgiram ainda outros como Atraso do Desenvolvimento, Perturbações do Espectro do Autismo, Depressão, Perturbação da Relação e da Comunicação e Psicose. A caracterização geral encontra-se pormenorizada no Anexo V.

Importa salientar que das 50 crianças acompanhadas, a estagiária desenvolveu intervenção com 32 crianças (64%), de modo completamente autónomo, tendo esta assumido a liderança e a responsabilidade total na elaboração e desenvolvimento dos

projetos terapêuticos. Nos restantes casos, a estagiária apenas colaborou em observação participada ou em co terapia (36%).

Nas tabelas 5 e 6, são apresentados os casos em que a intervenção da estagiária foi realizada de modo autónomo.

Tabela 5 - Caracterização da população atendida em dinâmica individual da responsabilidade total da estagiária

Caracterização da população	Dinâmica da intervenção Individual				
	I	II	III	IV	V
Género	M	M	M	M	M
Idade	3	8	7	9	5
Escolaridade	Pré-escola	1º ciclo	1º ciclo	1º ciclo	1º ciclo
Diagnóstico	PRC	PC	PHDA	DA	Psicose

Tabela 6 - Caracterização da população atendida em dinâmica de grupo da responsabilidade total da estagiária.

Caracterização da população	Dinâmica da intervenção em Grupo							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Nº de crianças	2	4	3	3	5	3	3	4
Género	2M	4M	3M	2M 1F	2F 3M	3F	2M 1F	4M
Idade	5-7	3-5	4-6	10	8-12	7-10	6-10	8-11
Escolaridade	1º ciclo	Pré-escola e 1º ciclo	1º ciclo	1º ciclo	1º e 2º ciclo	1º ciclo	1º ciclo	1º e 2º ciclo

Atendendo apenas sobre os casos acompanhados de modo mais autónomo pela estagiária, foram atendidas 5 crianças em dinâmica individual e 27 em dinâmica de grupo. Os diagnósticos mais prevalentes encontram-se apresentados no gráfico 1.

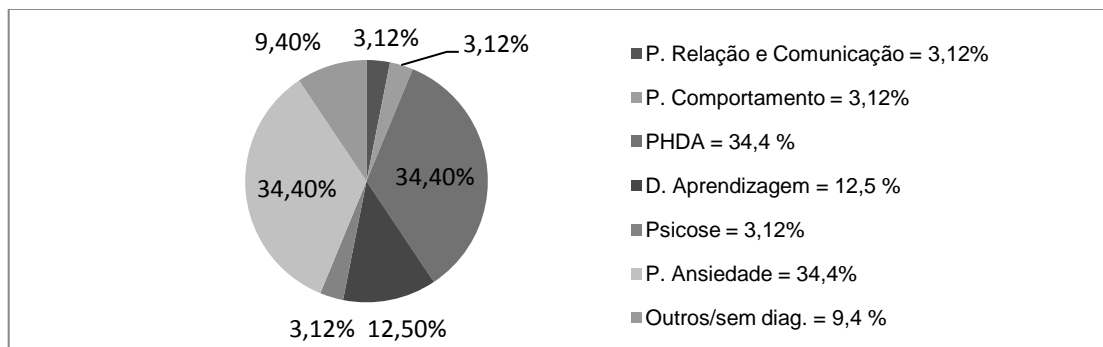


Gráfico 1 - Prevalência dos diagnósticos das crianças acompanhadas pela estagiária

É possível perceber que os diagnósticos mais frequentes são o de PA e de PHDA, ambos com uma prevalência de 34,4%. Segue-se o diagnóstico de Dificuldades de Aprendizagem (12,5%). Os diagnósticos menos frequentes foram Perturbação do Comportamento, Perturbação da Relação e Comunicação e Psicose (3,12%). Existem ainda algumas crianças sem um diagnóstico atribuído (9,4%), no entanto apresentavam motivos de encaminhamento por irrequietude, dificuldade nas relações com os pares, comportamentos de oposição e desafio, agressividade entre outros. Importa ainda

salientar que algumas crianças apresentam um diagnóstico mas têm mais motivos de encaminhamento, e.g. diagnóstico de PHDA e descrições de sintomas de ansiedade ou comportamentos agressivos.

3.1. Resultados gerais da Intervenção Psicomotora

No sentido de compreender a evolução das crianças atendidas e de comentar os resultados gerais da intervenção psicomotora, construiu-se a tabela 7, com base em dois dos instrumentos utilizados na avaliação ao longo do ano, i.e., BASC e DAP.

Procedeu-se à divisão das crianças em grupos de modo a compreender, sistematizar e comentar de modo mais eficaz os dados. Foram criados dois grupos através da análise da assiduidade uma vez que se constatou que nem todas as crianças tinham a mesma assiduidade às sessões de psicomotricidade. Fez-se distinção entre as crianças que compareceram a mais de 10 sessões ou a menos de 10 sessões, considerando-se que estariam previstas cerca de 20 sessões para cada criança. De um total de 32 crianças, foram excluídas 11 crianças, 2 porque a idade não permitia a aplicação dos instrumentos que geralmente o serviço de psicomotricidade usa e tiveram que ser usados outros, 1 porque a estagiária apenas observou e não participou na avaliação, 6 porque foram casos apenas recebidos no final de maio, de modo que só se procedeu à avaliação inicial e 2 porque deixaram de comparecer ou foi-lhes dada alta. Assim foram consideradas para esta análise 21 crianças.

Para a construção desta avaliação foram calculados os valores médios obtidos através dos instrumentos geralmente utilizados pelo serviço de psicomotricidade: Draw-a-person (DAP) e o Behaviour Assessment Scale for Children (BASC). Serão considerados os valores médios para os principais componentes da BASC, através das versões para pais e professores: Componente de Problemas Exteriorizados (CPE), Componente de Problemas Interiorizados (CPI), Componente de Problemas Escolares (CPEsc), Índice de Sintomas Comportamentais (ISC), Componente de Competências Adaptativas (CCA).

É importante realçar que os valores das subescalas CPE, CPI, CPEsc e ISC são melhores quanto menor o seu valor, ao passo que na subescala CCA, valores maiores representam uma evolução da criança.

De igual modo para as quatro primeiras componentes apresentadas, valores até 50 serão normativos, entre 60 e 69 em risco e valores superiores a 70 como clinicamente significativos. Para a última escala (CCA), valores inferiores a 30 são clinicamente significativos, entre 31 e 40 em risco e superiores a 41 como normativos. Deve também ser tido em conta que a CPEsc não é cotada em crianças entre os 4 e os 5 anos e que se

trata de uma subescala apenas presente na avaliação realizada através da BASC para professores.

No que concerne ao DAP, será apresentado o valor total, que corresponde aos valores totais dos três desenhos que constituem o teste. Para valores entre 70 e 79 considera-se um perfil no limite, entre 80 e 89 como médio baixo, entre 90 e 109 como dentro do esperado para a respetiva idade cronológica. Deste modo, valores mais elevados descrevem uma melhor prestação.

Para uma análise pormenorizada, todos os dados se encontram em anexo (ver Anexo VI), nomeadamente os dados que originaram todos os cálculos.

Tabela 7 - Evolução da população atendida, média calculada.

	DAP		BASC (PAIS)									
			CPE		CPI		CPEsc		ISC		CCA	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
sessões												
+10	80,8	97,5	57	54	60	54	---	---	65	60	43	44
-10	90	89	63	64	57	56	---	---	61	59	43	39
	DAP		BASC (PROFESSORES)									
			CPE		CPI		CPEsc		ISC		CCA	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
sessões												
+10	80,8	97,5	59	56	62	56	61	57	70	65	37	40
-10	90	89	65	64	65	65	60	63	75	73	35	36

Considerando os resultados obtidos em cada um dos instrumentos utilizados, de modo geral é possível observar que as crianças que beneficiaram de maior número de sessões apresentam resultados mais favoráveis na avaliação final.

No grupo das crianças que beneficiaram de mais de 10 sessões, no que respeita à BASC, para ambas as versões, verificam-se evoluções em todas as componentes do perfil clínico, verificando-se assim uma redução da sintomatologia. Ao nível do DAP, para o grupo anteriormente regista-se também uma melhoria bastante acentuada, i.e., cerca de 18 pontos, o que poderá corresponder a benefícios na integração cognitiva do esquema e imagem corporal. É de salientar que os pais das crianças com assiduidade mais elevada às sessões de psicomotricidade, tinham maior implicação e participação na construção do projeto terapêutico, preenchendo e valorizando os instrumentos de avaliação.

No grupo das crianças com menos de 10 sessões os resultados são menos acentuados, verificando-se que algumas vezes não se verifica redução sintomática. Os pais das crianças menos assíduas, muitas vezes também não devolviam os instrumentos e implicavam-se menos no processo terapêutico. Comparando os dois grupos, verifica-se que a assiduidade e implicação da família no processo terapêutico, potencializa os resultados da intervenção psicomotora.

De modo geral, os dados apresentados ilustram o benefício da intervenção psicomotora no âmbito da saúde mental infantil e complementando e confirmando os benefícios da intervenção psicomotora, expostos no ponto 2.1. Psicomotricidade em saúde mental na infância.

4. A Avaliação Psicomotora

Para Soubiran & Coste (1975), a avaliação psicomotora concentra como objetivo essencial o traçar de um perfil psicomotor, que possibilite a identificação dos focos da problemática, expressa através do corpo, entendendo a relação com o plano comportamental, afetivo e relacional da criança.

Para Saint-Cast (2004) uma vez que em psicomotricidade as problemáticas não adquirem apenas uma expressão estável e não provêm de uma lesão circunscrita, importa avaliar e compreender o indivíduo na sua globalidade e diversidade, i.e., o seu funcionamento neurológico, emocional, relacional, cognitivo e social.

Assim, para avaliar o indivíduo, o psicomotricista tem à sua disponibilidade diversas abordagens: partindo de uma orientação diretiva, dispõe de instrumentos com referência à norma, ou que ainda não estão validados para uma norma, conseguindo assim observar diversas áreas e domínios. Numa base de avaliação menos diretiva, o técnico poderá servir-se da ação espontânea do sujeito, através de uma observação informal (Saint-Cast, 2004).

De seguida são apresentados os constituintes essenciais da avaliação formal e informal que foi realizada pelo serviço de psicomotricidade, no sentido de compreender e traçar um perfil intra-individual e direcionar a intervenção.

4.1. A Entrevista

Hughes & Baker (1990) definiram a entrevista como uma interação direta, com influências bidirecionais, realizada com o propósito de avaliar aspetos relevantes do funcionamento da criança, que tenham influência no planeamento, implementação da intervenção e tipo de tratamento. A entrevista tem desde sempre uma posição importante na avaliação (McConaughy, 2005) sendo talvez a forma mais comum de avaliação (Busse & Beaver, 2000) e dada a sua capacidade de clarificação é um instrumento muito valioso (Whitcomb & Merrell, 2013). Vários autores enfatizam ainda o papel relevante da entrevista no estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança e no primeiro contacto com a família (Costa, 2008; Almeida, 2008; Ballouard, 2008; Freitas & Malpique, 2014).

Tal como afirma Winnicott (1975) "uma criança não existe sozinha", por isso cabe ao profissional no âmbito da saúde mental, em primeiro lugar, compreender o pedido de consulta, motivação e preocupações das figuras de referência bem como esses aspetos se organizam e são compreendidos pela criança.

Assim, inicialmente o principal objetivo da entrevista é realizar a avaliação global da situação, procurando identificar o motivo da consulta e clarificando os problemas e preocupações existentes, tentando explorá-los a partir da relação que se edifica entre o entrevistador e os pais, e entre o entrevistador, os pais e a criança (Freitas e Malpique, 2014).

Freitas e Malpique (2014) sugerem ainda que sejam criadas condições para que os pais falem de si próprios e da criança, se não ocorrer de modo espontâneo o entrevistador poderá estimular essa conversa. Ballouard (2008) apresenta alguns passos para facilitar a obtenção de informações através da família, devendo o psicomotricista ser facilitador, i.e., ser neutro mas benevolente, dirigindo mas sabendo que em certos momentos tem que se deixar dirigir; sabendo reformular ou resumir sem repetir; podendo em certos momentos relançar ou interrogar através de questões (Ballouard, 2006). Bénony & Chahraoui (2002) realçam características que devem estar presentes em qualquer entrevista ou contacto com os pais: o respeito, a neutralidade, a empatia e a confidencialidade.

A entrevista que o psicomotricista guia, pode também permitir a construção da anamnese, reconstruindo a história do seu desenvolvimento (Vaivre-Douret, 2007), esta não tem que ser exaustiva, devendo essencialmente servir para o técnico ordenar e classificar os dados, dando lugar para a compreensão clínica do caso (Freitas & Malpique, 2014). Deve ser dada especial atenção às etapas iniciais do desenvolvimento, gravidez e parto, características inerentes ao desenvolvimento psicomotor e socio emocional. Os sintomas apresentados pela criança também devem ser explorados no que concerne à sua frequência, intensidade e impacto emocional, relacional e funcional, sempre integrados na história individual da criança (Costa, 2008). Outros aspetos questionar relacionam-se com quem foram os primeiros prestadores de cuidados da criança, momentos de separação, adaptação ao contexto escolar bem como outros acontecimentos marcantes ou traumáticos e.g. falecimentos, divórcios, e ainda a história médica e.g. internamentos (Almeida, 2008; Costa, 2008; Marcelli & Cohen, 2010; Freitas & Malpique, 2014).

Para além do descrito anteriormente, é igualmente essencial explorar a relação da criança com os pais, irmãos e pares, a sua situação a nível escolar e o que faz nos seus

tempos livres (Almeida, 2008; Marcelli & Cohen, 2010; Freitas & Malpique, 2014). Devem ainda ser criadas condições para perceber qual a composição e situação familiar, a relação entre os elementos da família, a dinâmica afetiva e relacional, bem como os antecedentes familiares (Almeida, 2008; Costa, 2008; Marcelli & Cohen, 2010; Freitas & Malpique, 2014).

Devem ser consideradas recordações espontâneas dos pais, bem como relatos quotidianos (Freitas & Malpique, 2014) de modo a perceber como os pais encaram o problema da criança (Almeida, 2008) e compreender se existe alguma ligação entre a alteração do comportamento da criança e um evento familiar (Freitas & Malpique, 2014). Assim deve ser apurado se os pais revelam ansiedade, angústia ou culpabilidade perante o problema (Almeida, 2008), se já foi feito algo para modificar a situação (Marcelli & Cohen, 2010).

Marcelli & Cohen (2010) privilegiam a entrevista que alterna entre o discurso livre dos pais e as perguntas do terapeuta, sendo este facto corroborado por Freitas & Malpique (2010) que sublinham ser benéfico que a entrevista se processe num diálogo não diretivo, promovendo-se a associação livre, de modo a compreender o significado dado às queixas e acontecimentos apresentados. No entanto, Almeida (2008) sublinha o facto de para isto acontecer deste modo, ser necessário que o psicomotricista tenha grande conhecimento sobre o desenvolvimento da criança, na vertente normal e patológica, muita experiência e capacidade para entender, analisar e identificar-se de modo empático com o problema do outro.

Uma questão importante prende-se com a presença, ou não da criança durante a entrevista, que Marques e Cepêda (2009) aconselham a ser evitada sempre que esta possa causar humilhação ou culpabilização. Existem autores que defendem que a presença ou não da criança deve ser feita tendo em conta aspetos como a idade, patologia e características dos pais, mas acima de tudo deve analisar-se o benefício ou não da opção a tomar (Freitas e Malpique, 2014; Brun, 2005).

Por fim, é ainda de sublinhar que através deste primeiro contacto, ou dos seguintes, devem ser criadas condições para a construção de uma relação e se possível de uma aliança terapêutica, aspetos fundamentais para a promoção de um desenvolvimento mais saudável e uma intervenção positiva (Freitas e Malpique, 2014).

Ao longo do processo de intervenção/avaliação foi utilizada essencialmente a entrevista semiestruturada, de modo a contemplar os pontos anteriormente estabelecidos pelos autores. Foi sempre apelado a que estivessem presentes os dois progenitores ou responsáveis legais, tentando que ambos expressassem a sua opinião relativamente à

problemática. Por vezes a informação não era recolhida numa única sessão, sendo a informação facilmente recolhida depois, dado que a comunicação com os pais foi constante. Através deste contacto com os pais foi também entendido o comportamento da criança nos diferentes contextos. As crianças estavam quase sempre presentes, de modo geral, e sempre que se percebesse que a sua presença não era benéfica, a criança ia para a sala terapêutica, com uma das estagiárias. Quando presente, era dada liberdade à criança para explorar o gabinete, tendo à sua disposição material variado. Muitas vezes através da atividade da criança e da comunicação desta com os pais, eram entendidos aspetos sobre a interação entre os elementos da família. Através da ação e atividades desenvolvidas pela criança, era também observada a relação da criança com o espaço e os objetos.

4.2. Observação Informal

Para Silva (2014) as práticas de saúde mental na infância pressupõem aspetos particulares, nomeadamente a observação de comportamentos, ritmos, diálogo tónico e olhares como aspetos fundamentais para o processo de avaliação e intervenção.

Para Ballouard (2008), observar é ser percebido e perceber, selecionar e também reconstruir. A forma como a criança interage com o material, se organiza dentro de um jogo ou se expressa através de um desenho, são elementos de suma importância, de modo a complementar a observação psicomotora (Freitas & Malpique, 2014). Costa (2008) refere a importância de conhecer a criança na sua espontaneidade, respeitando interesses, gostos e ritmos.

A observação, deve segundo Boscaini (2012) permitir à criança que se expresse livremente, dando oportunidade ao desejo de iniciativa e relação, permitindo a comunicação dos seus interesses e competências, para mais tarde quando a relação terapêutica for suficientemente sólida demonstrar dificuldades e conflitos (Costa, 2008). Através deste tipo de intervenção, o psicomotricista não coloca a criança numa situação de avaliação, mas sim observa a sua expressão motora, com os aspetos objetivos e subjetivos inerentes (Costa, 2008). A apreciação dos gestos e atividades são integrados num contexto relacional, atendendo à história corporal da criança (Raynaud, Danner & Inigo, 2007; Boscaini, 2012).

João dos Santos através de Branco (2010), refere que não é possível realizar uma observação sem que o observador seja também ele observado. Costa (2008) partilha do mesmo ponto de vista e Ballouard (2008) acrescenta que o ser observado pode desenvolver na criança reações que podem localizar-se entre dois pólos, ansiedade ou

exibicionismo. Assim, o mesmo autor realça a necessidade do observador possuir duas qualidades, atenção ao comportamento e empatia.

Através da resposta a questões simples, rapidamente pode ser percebido o grau de maturidade da criança e como se coloca perante determinadas situações (Freitas & Malpique, 2014). No entanto alguns autores alertam para a componente subjetiva implicada no ato de observar (Fonseca, 2007; Branco, 2010; Costa, 2008), uma vez que a interpretação é influenciada pelas próprias vivências e personalidade do terapeuta, e tudo isto poderá condicionar a expressão da criança (Fonseca, 1974). Assim, Fonseca (2010) refere que o observador não deve ter uma função neutral, mas sim procurar criar uma relação empática com o observado, devendo ser proporcionado um ambiente lúdico e afetivo.

No âmbito da intervenção desenvolvida, e de modo a concretizar a avaliação inicial das crianças, monitorizar as suas evoluções, foi utilizada a Grelha de Observação Comportamental (GOC), que permitiu organizar os dados recolhidos através das sessões de observação informal.

4.2.1. Grelha de Observação Comportamental

A GOC é uma grelha de observação, criada e desenvolvida pelos alunos da licenciatura em Reabilitação Psicomotora, no âmbito dos seus estágios em Saúde Mental, sob a orientação do Professor Doutor Rui Martins. Este instrumento permite o registo dos comportamentos do indivíduo em qualquer momento da intervenção, permitindo ainda organizar a observação ao longo das sessões e servindo como meio auxiliar na elaboração dos relatórios de sessão.

Esta grelha pressupõe uma abordagem qualitativa, através de critérios de presença, ausência e frequência de determinados comportamentos (S - sempre, F - frequentemente, A - algumas vezes, R - raramente, N - nunca). Não se encontra limitada a determinada faixa etária ou condição social. O objetivo fundamental é o registo de comportamentos ao longo da sessão, permitindo a sua uniformização, com especial enfoque a uma comparação a critérios de evolução comportamental e psicomotora. A grelha é formada por cinco domínios: aspeto somático, apresentação, comportamento e desempenho na realização de tarefas, relação e aspetos psicomotores. Estes domínios contêm ainda várias categorias e itens diferenciados.

A GOC foi preenchida na fase inicial e final de avaliação. Foi muito importante para a construção do projeto terapêutico de cada criança e para uma compreensão do comportamento e adesão perante as sessões de psicomotricidade, permitindo organizar a evolução da criança ou a necessidade de uma possível alteração na intervenção.

4.3. Observação Formal

De seguida são apresentados os instrumentos de observação formal utilizados pelo serviço de psicomotricidade para a avaliação inicial e final das crianças.

4.3.1. *Behaviour Assessment Scale for Children*, Reynolds e Kamphaus, BASC (1992)

A BASC é um instrumento de avaliação formal e multidimensional, para indivíduos entre os 4 e os 18 anos de idade, que se foca dimensões do comportamento e auto-percepção (Reynolds & Kamphaus, 1992). Esta escala engloba cinco métodos para a recolha de informação, que podem ser usados individualmente ou combinados, os primeiros incluem uma versão para pais e outra para professores, que permitem o conhecimento das percepções destes sobre os comportamentos manifestados pelas crianças. Os segundos procuram recolher as emoções e percepções do próprio indivíduo (Reynolds & Kamphaus, 1992).

No âmbito das Atividades de Estágio foram utilizados os questionários de hetero e de autoavaliação na sua versão adaptada e traduzida de Carreto, Guimarães, Lourenço, Martins e Santos (2001).

O instrumento foi originado com o objetivo de simplificar a classificação diagnóstica e educacional de várias perturbações de foro emocional e do comportamento, servindo ainda como meio complementar na elaboração de planos terapêuticos (Reynolds & Kamphaus, 1992). A BASC tem elevada fiabilidade mesmo quando cada método de recolha de informação é recolhido individualmente, no que diz respeito à sua consistência interna, as escalas revelam consistência entre género e faixa etária, entre as respostas parentais e dos professores, permitindo ainda uma leitura dos dados ao longo do tempo (Reynolds & Kamphaus, 1992).

As escalas de heteroavaliação, distribuem-se por três faixas etárias, i.e. pré-escolar (4-5 anos), crianças (6-11) e adolescentes (12-18), com diferenças subtis na composição das subescalas (Reynolds & Kamphaus, 1992). O preenchimento é concretizado com base na descrição de comportamentos, cotados de acordo com a sua frequência, em quatro níveis: 0-Nunca, 1-Ocasionalmente, 2-Frequentemente e 3-Sempre, permitindo compreender um perfil clínico e um perfil adaptativo (Reynolds & Kamphaus, 1992). O primeiro reparte-se na componente dos problemas exteriorizados, na qual se incluem as escalas de agressividade, hiperatividade e problemas do comportamento; componente dos problemas internalizados, que engloba as escalas de ansiedade, depressão e somatização; a componente dos problemas escolares que reúne as escalas de problemas de atenção e dificuldades de aprendizagem; e ainda subescalas de atipicidade

e tendência para o isolamento (Reynolds & Kamphaus, 1992). O perfil adaptativo é constituído pela componente de competências adaptativas, onde se inserem as subescalas adaptabilidade, competências sociais, liderança e competências de estudo. Em todas as versões existe o índice de sintomas comportamentais que mede o valor global das escalas clínicas (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A escala de autoavaliação está desenhada para duas faixas etárias distintas, para crianças dos 8 aos 11 anos, que é formada por doze subescalas e para adolescentes, dos 12 aos 18, composta por catorze subescalas (Reynolds & Kamphaus, 1992). A substituir o índice de sintomas comportamentais surge o índice de sintomas emocionais que considera tantas escalas clínicas como escalas adaptativas. O questionário baseia-se num conjunto de frases, e a criança tem que classificar como verdadeiras ou falsas (Reynolds & Kamphaus, 1992). Os perfis resultam, no global, de diferentes componentes referentes a desajustamento clínico, que se reparte nas escalas de ansiedade, atipicidade, locus de controlo, stress social e somatização; na componente de desajustamento escolar, que consiste nas escalas de atitudes na escola e com os professores, na componente outros problemas que engloba as escalas de depressão e sentimento de inadequação, e, por fim, a componente de ajustamento pessoal, referente às escalas relações com os pais, relações interpessoais, autoestima e autoconfiança (Reynolds & Kamphaus, 1992).

Através da leitura dos perfis, pode considerar-se que para um perfil clínico, com valores mais elevados relaciona-se com índices comportamentais mais preocupantes, considerando-se valores iguais ou superiores a sessenta como estando em risco e valores acima de setenta como clinicamente significativos (Reynolds & Kamphaus, 1992).

A BASC encontra-se traduzida para Português de Portugal, mas não está aferida à população portuguesa. Assim, a análise efetuada foi realizada com muito cuidado, pela subjetividade presente no instrumento somada ao facto de não estar aferida para população portuguesa. Quando se encontram valores clinicamente significativos ou em risco, as situações são analisadas com a devida precaução, sendo também dada atenção à expressão sintomática observada em sessão bem como à expressão dos sintomas nos diferentes contextos, e.g. casa, escola e ainda à informação obtida em conversa com a família e com o pedopsiquiatra responsável.

A BASC foi entregue nas suas duas versões, para pais e professores, a todas as crianças com idade igual ou superior a 4 anos de idade, na fase inicial e final da intervenção. Determinou-se que deveria existir pelo menos intervalo de cerca de 3 meses entre o preenchimento dos questionários iniciais e finais. Os pais levaram os

questionários para casa, e depois de preenchidos reentregaram ao psicomotricista. O processo de envio dos questionários da BASC para os professores foi realizado através da participação dos pais, que proporcionaram o trajeto dos questionários nas duas direções. Em todos os casos foi anexado aos questionários uma carta elaborada pela estagiária (ver Anexo IV). Foi transmitida aos pais a importância do preenchimento do questionário para a adequada orientação do projeto terapêutico, de modo a evitar esquecimentos ou a não entrega dos mesmos.

O questionário de autoavaliação que é destinado às crianças, foi aplicado sempre que possível, i.e., em crianças com mais de 8 anos. Dado que algumas crianças apresentavam dificuldades em compreender o que lhe era questionado, foi prestado apoio no preenchimento. Foi sempre definido que não existiriam respostas certas ou erradas. Por vezes certas crianças apresentaram resistência no preenchimento, referindo algumas ter perdido a folha do questionário. Quando o preenchimento era realizado com a psicomotricista, muitas vezes a criança realizava comentários sobre a questão, que permitiam compreender muitos aspetos, de modo natural.

4.3.2. *Draw-a-person* de Naglieri, DAP (1988)

Verifica-se que a avaliação através do desenho apresenta vários benefícios, uma vez que não requer material sofisticado e é geralmente uma atividade do agrado das crianças, promovendo a comunicação e a relação (Soeiro, 2014).

O Draw-a-person (DAP), dirige-se a crianças dos 5 aos 17 anos, é um sistema de pontuação quantitativa, aplicado ao desenho da figura humana, que pode ser utilizado como medida de estimativa do nível de desenvolvimento cognitivo, obtido de modo não-verbal (Naglieri, 1988). Consiste na execução gráfica de três provas, o desenho do homem, da mulher e do próprio, que podem ser aplicadas individualmente, ou em grupo (Naglieri, 1988).

O DAP foi arquitetado para diferentes objetivos. O primeiro passa por se assumir como uma forma de avaliação não-verbal de competências, num curto espaço de tempo. Em segundo, pode servir como parte de um conjunto de testes para despiste ou isoladamente (Naglieri, 1988). Outro objetivo prende-se com o facto de proporcionar um instrumento que reduz as influências da moda e da cultura (Naglieri, 1988). Através da realização de três desenhos, é reduzida a subjetividade e aumentada a confiabilidade (Naglieri, 1988). Os resultados estão padronizados, porém os resultados não se encontram aferidos para a população portuguesa, pelo que o uso deste instrumento deve ser feito de modo cauteloso. Ainda assim é de realçar que todas as realidades

estatísticas, como e.g. validade, coerência intra-item e inter-item estão comprovadas (Naglieri, 1988).

O sistema de cotação contempla 14 parâmetros que se encontram divididos em diferentes categorias, importando a presença, detalhe e proporcionalidade, somando um ponto quando os anteriores estão presentes, e colocando de lado fatores como a precisão, o realismo e/ou estética do desenho (Naglieri, 1988). Os critérios a avaliar são os braços, as ligações, entre elementos, as roupas, as orelhas, os olhos, os pés, os dedos das mãos, o cabelo, a cabeça, as pernas, a boca, o pescoço, o nariz e o tronco (Naglieri, 1988).

Este instrumento pode ser aplicado em ambiente individual ou em grupo, e pode ser utilizado para avaliação ou despiste (Naglieri, 1988). Tem diversas vantagens, na medida em que pode ser aplicado num curto espaço de tempo, sendo de fácil aplicação e afirmando-se como uma forma de avaliação para crianças que não colaborem em avaliações que impliquem comunicação verbal (Naglieri, 1988).

Através da análise qualitativa podem ainda ser percebidos aspetos como o conhecimento que a criança possui de si, como esta expressa a sua esfera emocional e ainda características da sua personalidade (Soeiro, 2014), aspetos comportamentais (Barlow, Jolley, White & Galbraith, 2003) e de nível cognitivo (Kim & Sun, 2013) traduzindo ainda os seus desejos (Farokhi & Hashemi, 2011). Para além de durante a aplicação poderem ser observados aspetos relativos à motricidade fina, o desenho do corpo permite observar a maturidade psicomotora, representação espacial, sendo ainda traduzida a adaptação emocional, afetiva e social da criança (Fonseca, 2007). Através da observação da conceção e perceção do corpo, são reveladas informações sobre o conhecimento do corpo, e como a criança organiza o esquema corporal (Fonseca, 2007). Através deste instrumento é ainda possível entender como se processa a diferenciação entre géneros ainda que com cuidado nas possíveis interpretações.

O DAP foi aplicado a todas as crianças com idade igual ou superior a 5 anos, na fase inicial e final da intervenção. Em crianças com idade inferior, foi pedido igualmente um desenho, mas não foi cotado, tendo este sido apenas alvo de observação e compreensão. Excetuando alguns casos cuja avaliação se realizou em gabinete, a avaliação ocorreu na sala terapêutica, no horário da sessão, procurando-se que as condições de aplicação iniciais e finais fossem semelhantes. Apesar de o protocolo referir que o tempo para cada desenho está limitado a 5 minutos (Naglieri, 1988), este tempo não foi controlado de modo rígido, uma vez que se procurou que a criança investisse na tarefa e completasse o desenho da sua forma individual, sem ter constrangimentos

temporais. Apesar da utilização de lápis de cor não estar descrita nos procedimentos da prova (Naglieri, 1988) foram sempre disponibilizadas cores, sendo a sua utilização valorizada.

5. Estudos de caso

De seguida são apresentados dois estudos de caso, de modo a elucidar as atividades de estágio decorridas. O primeiro caso é o do Ricardo, um menino com diagnóstico de PHDA, que organiza as suas defesas pela onnipotência e pelo comportamento agido, como fuga a sentimentos de angústia. O segundo caso é o da Maria, que apresenta diagnóstico de MS.

A escolha destes estudos de caso deve-se a vários motivos. Ambos têm diagnósticos prevalentes e fazem parte dos casos com os quais a estagiária realizou um trabalho de forma mais autónoma. Outra razão para a escolha destes estudos de caso prende-se com a intervenção realizada, beneficiando os dois de intervenções distintas, i.e., um em intervenção individual e outro em intervenção grupal e possuem géneros diferentes. O primeiro caso beneficiou de intervenção individual, sendo sugerido que no próximo ano integre um grupo. O segundo caso beneficiou quase desde o início do acompanhamento de intervenção em contexto de grupo.

Por questões éticas convém referir que os nomes foram substituídos por nomes fictícios. Para cada caso será apresentada a respetiva caracterização anamnésica, onde figuram os dados da avaliação inicial e a caracterização da criança, sendo definidos os elementos critério e as hipóteses explicativas, traçando-se o perfil intra-individual. De seguida é apresentado o projeto terapêutico, que para além de conter os objetivos terapêuticos, descreve o acompanhamento e evolução da criança, elucidando sobre atividades realizadas e estratégias. Por fim será realizada uma discussão onde serão discutidos os resultados da intervenção psicomotora.

5.1. Estudo de caso I

O Ricardo tem atualmente 8 anos de idade e é acompanhado na CE desde dezembro de 2013. A primeira consulta foi realizada a pedido dos pais e da escola, devido a situações de extrema agitação, irrequietude, impulsividade, desobediência, baixa tolerância à frustração e dificuldades nas relações com os pares. Depois de lhe ter sido atribuído um diagnóstico de PHDA, foi encaminhado pelo pedopsiquiatra para a psicomotricidade em outubro de 2014.

5.1.1. Caracterização anamnésica

O Ricardo é um menino de 8 anos, nascido a 2 de junho de 2007, sendo acompanhado na CE desde o dia 11 de dezembro de 2013, data da primeira consulta. O diagnóstico atribuído foi de PHDA sendo medicado desde então com metilfenidato, 5mg e risperidona, 0,5 mg.

O pedido de consulta foi realizado pela escola e pelos pais por irrequietude ("nunca está quieto, não termina tarefas"), dificuldades na escola, desiste dos trabalhos, desobediência, impulsividade, dificuldades na relação com os pares (por vezes agressões) e tem que ser chamado à atenção muitas vezes. A mãe relata que só fica quieto a jogar na *Playstation* ou a jogar no computador. É seguido pelo serviço de psicomotricidade desde outubro de 2014.

Relativamente à história de desenvolvimento, o Ricardo é fruto de uma gravidez não planeada, complicada (nasceu quando a mãe tinha 19 anos). No período em que estava grávida a mãe teve varicela. Nasceu com artéria umbilical única e só com um rim; no entanto o parto foi normal e de termo (41 semanas). Nasceu no Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos com 3,450 kg, 49 cm e com um perímetro cefálico de 34 cm. O índice de APGAR foi de 9, 10. Dois dias depois de nascer já se encontrava em casa. Foi amamentado com leite materno até às 3 semanas por mastite. Com cerca de um ano ficou internado durante um mês no Hospital Maria Pia com uma infeção urinária na sequencia dos problemas renais (tendo sido medicado durante cerca de um ano), é ainda seguido na urologia. Esteve internado por duas vezes, aos 1,5 anos com uma infeção urinária, por 11 dias e aos 2 anos por bronquilogia, durante 11 dias também. Atualmente o rim funciona bem, tendo crescido de forma natural e já não é medicado. Small & Melnyk (2006) referem que além de agravar a ansiedade materna, as hospitalizações precoces podem ainda afetar a qualidade da relação entre mãe e bebé. Relativamente ao desenvolvimento psicomotor, iniciou a marcha aos 13 meses e as primeiras palavras ao 12 meses. O controlo dos esfíncteres diurno aconteceu por volta dos 1,5 anos, no momento da primeira consulta de pedopsiquiatria (em 2013, o controlo dos esfíncteres noturno ainda não estava atingido, atualmente encontrasse totalmente adquirido).

Até aos 4 meses o Ricardo ficou aos cuidados da mãe, referindo esta que se encontrava bastante ansiosa, pois desejava encontrar emprego. Quando a mãe teve oportunidade de ir trabalhar, o Ricardo transitou para os cuidados da avó materna até ao um ano e seis meses, é de salientar que nestes meses, a mãe via o Ricardo muito rapidamente, pois trabalhava por turnos. Depois foi para o infantário, adaptando-se bem, tendo aí surgido os primeiros relatos de irrequietude; referindo que o Ricardo apesar

disso é uma criança inteligente e perspicaz. João dos Santos, através de Branco (2010) sublinha o papel materno e a função dos estímulos provenientes desta, na criação de reações positivas e também de frustrações, que permitem a organização de estruturas nervosas e psíquicas. Para Anders (1994) e McNamara, Belsky, Fearon, (2003) as interações recorrentes e organizadas entre o principal prestador de cuidados possuem importantes funções na regulação biológica e social.

Relativamente ao sono, a mãe refere que nunca dormiu bem, quando era bebé acordava muitas vezes, a partir dos 3 anos melhorou. Atualmente mexe-se muito .

Abordando as relações familiares, os pais separaram-se quando o Ricardo tinha 3 anos. Até 2013, o Ricardo via o pai aos fins-de-semana, depois ele e a mãe vieram para Lisboa devido ao emprego da mãe e também porque o seu companheiro morava em Lisboa. Assumpção & Kuczynski (2008) afirmam que a mudança de residência é um factor muito importante, dado que pode potencializar o aparecimento de medos e angústias na criança, dada a necessidade de adaptação e a exigência estratégias. A mãe menciona ainda que mesmo enquanto estiveram juntos, ela e o pai do Ricardo mantiveram uma relação conflituosa, que atualmente se prolonga. Erel & Burman (1995) defendem que a conflitualidade entre os casais tende a afetar de modo negativo toda a dinâmica familiar, e Stocker, Richmond, Low, Alexander & Elias (2003) referem que os conflitos podem também influenciar as práticas parentais, referindo Mosmann & Wagner (2008) que os conflitos parentais podem estar associados a práticas parentais menos responsivas.

A alteração de residência do Porto para Lisboa ocorreu em setembro de 2013, quando iniciou a pré-escola. A relação entre o companheiro da mãe e o Ricardo foi inicialmente conflituosa, no entanto progressivamente melhorou. Atualmente está no ensino primário, localizando-se a escola no mesmo espaço da escola pré-escola (mesmo agrupamento).

A mãe descreve o Ricardo como um menino afável, inteligente mas irrequieto, "tem bichos-carpinteiros", bem-disposto e brincalhão. Referindo "tento ser rígida porque se não ninguém tem mão nele", no entanto confessa que por vezes adota uma postura bastante permissiva. Niederhofer (2009) refere que a criança interioriza o modelo de funcionamento parental e que este tem influências na forma como a criança generaliza experiências. Williams et al., (2009) defendem que os estilos parentais têm uma forte influência no modo como as crianças organizam as experiências, sendo a ausência de limites associada a problemas do comportamento e dificuldades escolares.

É também acompanhado por terapia da fala (clínica privada, em Alverca), pois tem dificuldades de articulação (freio da língua curto). Também é referida uma pronúncia do Norte forte, o que faz com que por vezes seja motivo de gozo pelos pares. A nível académico, o aproveitamento a Língua Portuguesa é o que levanta mais dificuldades, Matemática é a sua área mais forte; no entanto em todas as áreas se verificam dificuldades em completar tarefas até ao fim.

O quotidiano do Ricardo é: acorda, veste-se com ajuda da mãe para se despachar mais rapidamente, come e vai para a escola às 9horas. Sai às 18horas, vai para casa, toma banho, às 21horas vai para a cama. Duas vezes por semana tem futebol.

Em junho de 2013, quando começou a ser acompanhado na CE, realizou-se uma avaliação psicológica, após esta avaliação continuou a ter consultas de acompanhamento com o pedopsiquiatra responsável e posteriormente foi encaminhado para o serviço de psicomotricidade.

5.1.2. Projeto Terapêutico

A elaboração do projeto terapêutico e consequentemente do perfil intra-individual, foi obtido à custa da informação recolhida pela avaliação em psicomotricidade e ainda através dos dados recolhidos pela avaliação psicológica na CE e por uma outra avaliação em psicologia disponibilizada pela mãe e pela professora. As duas avaliações serão brevemente descritas em seguida.

a) Avaliações Psicológicas

Relativamente à avaliação psicológica realizada na CE, esta realizou-se no sentido de apurar a sua dinâmica afetivo-relacional e possíveis necessidades de apoio psicopedagógico. O relatório aponta então que o Ricardo tem um desenvolvimento estado-ponderal, apresentando um aspeto cuidado. Ao longo da consulta refere-se ter sido necessário apelar frequentemente à concentração do Ricardo, já que este evidenciou sinais de irrequietude, agitação, dispersão e desorganização ao nível do pensamento, no entanto desenvolveu um bom contacto com o observador. Esta avaliação centrou-se em aspetos cognitivos, instrumentais e em aspetos da personalidade, tendo sido ainda considerados dados recolhidos através da entrevista e observação. Foram aplicadas provas de nível intelectual, provas instrumentais, técnicas expressivas e ainda técnicas projetivas.

No que concerne ao plano intelectual, o Ricardo apresenta um raciocínio lógico-dedutivo com valores acima da capacidade intelectual média para o grupo etário e nível escolar. No plano instrumental, a área grafo-percetiva está ligeiramente abaixo do

esperado para a idade. O Ricardo é destro, mas a lateralidade não está totalmente integrada à direita no que respeita à coordenação olho mão e olho pé, pelo que são questionadas as implicações na motricidade fina e percepção visuo-espacial.

Nos desenhos expressivos, é descrita uma vivência de angústias muito arcaicas face a um perigo de destruição, parecendo surgir defesas maníacas pela onipotência. Ao nível do traço também é mencionada alguma agressividade. Na representação da família, verifica-se que as figuras são pouco investidas e desenhadas em dimensões reduzidas, apontando o relatório que o descrito poderá sentir a família como uma unidade pouco contentora.

O relatório aponta ainda uma labilidade emocional, sendo a instabilidade psicomotora entendida como um mecanismo de defesa primário, contra sentimentos de abandono. É ainda sublinhada a necessidade de suporte e de sentimentos de inferioridade, alternados com posições de onipotência (mecanismo de defesa), agressividade contida e problemas na elaboração do conflito edipiano. Há ainda fragilidades narcísicas e traços depressivos de base anaclítica, que sobressaem quando a atividade motora é contida.

Relativamente ao relatório enviado pelo serviço de psicologia da escola do Ricardo, este refere dificuldades de integração derivadas da sua instabilidade e imaturidade. O relatório descreve ainda um défice de atenção, inquietude e impulsividade, dificuldades grafo-percetivas e imaturidade sócio emocional, que comprometem o funcionamento do Ricardo em diversas áreas.

b) Avaliação em Psicomotricidade

No início do acompanhamento em psicomotricidade, foi realizada uma avaliação informal e formal, que compreendeu os seguintes instrumentos: BASC na versão para pais e professores, DAP e a GOC, tal como o descrito no ponto 4. A avaliação psicomotora.

A GOC foi aplicada uma vez que através desta são facilmente registados os comportamentos da criança, podendo estes serem organizados em domínios e verificados através de critérios de presença, ausência ou frequência. Assim através da GOC, foi possível organizar a observação informal, tendo sido recolhidas informações sobre o aspeto somático, apresentação, comportamento e desempenho, relações e aspetos psicomotores. Através da atividade livre, num ambiente lúdico foi possível observar de maneira natural os aspetos referidos. Os dados recolhidos para a elaboração da GOC inicial foram recolhidos através de duas sessões de jogo livre, onde estiveram apenas presente a criança e a psicomotricista.

O DAP, faz normalmente parte dos procedimentos normais de avaliação em psicomotricidade na CE e permitiu compreender o funcionamento e desenvolvimento intelectual, se este se encontra dentro do esperado para a idade cronológica. Através da análise qualitativa podem ainda ser percebidos aspetos como o conhecimento que a criança possui de si, como se organiza o esquema corporal e ainda como se processa a diferenciação entre géneros, ainda que com cuidado nas possíveis interpretações. A aplicação da BASC relaciona-se com a necessidade de melhor compreender o quadro sintomático presente, bem como compreender a relação da mãe e da professora com as dificuldades e comportamentos do Ricardo.

Dados da Avaliação Informal

Através das duas primeiras sessões, foi possível observar a atividade espontânea e foram também sugeridas diversas atividades, observando-se assim vários aspetos referentes ao Ricardo. Estes dados foram depois verificados e registados através da GOC. Verifica-se que criança lida bem com a separação da figura de vinculação, apresenta um desenvolvimento estado-ponderal adequado à faixa etária, aspeto cuidado e investido, sendo a idade real coincidente com a aparente. Revela uma postura desinibida, realizando diversas verbalizações e mostrando-se interessado em explorar o espaço. No entanto, o padrão de comportamento exploratório é impulsivamente orientado para o agir, não dando significado simbólico aos objetos e atividades criadas. Assim, apesar de aderir facilmente às propostas, manifesta dificuldades em permanecer atento e em controlar a impulsividade, e consequentemente desiste de algumas tarefas.

No intuito de mediatizar a relação com o objeto e de dar significado aqueles que selecionava, foram propostas atividades de envolvimento simbólico com esses objetos, que aceitava mas acabava por abandonar para se focar num novo objeto ou lugar. Através da interação com os vários materiais que ia selecionando verificaram-se dificuldades no planeamento motor, e.g. jogo de boxe, dificuldades na coordenação óculo-manual e na precisão e controlo dos movimentos. A participação nas tarefas era acompanhada de motivação inicial, iniciativa e sugestões adequadas, ainda que o tempo de permanência em cada tarefa fosse curto. Quando falhava desistia facilmente, manifestando baixa resistência à frustração. Relativamente ao jogo simbólico, o Ricardo aderiu bem, transportando para este elementos do quotidiano, procurando bastante este tipo de atividades. No que concerne à capacidade de memorização, verifica-se que o Ricardo nas sessões seguintes apenas consegue evocar as atividades da sua preferência, tendo sido por isso considerado como um aspeto a trabalhar.

O Ricardo apresentou desde as sessões iniciais na relação com a terapeuta, uma elevada busca de afeto e uma procura relacional, a que Marcelli & Cohen (2010) associam dificuldades em brincar com outras crianças e a falta de autonomia. A literatura liga esta necessidade a uma avidez relacional, relacionada com a necessidade incorporação (Klein, 1987; Ferreira, 2002).

O Ricardo é uma criança que parte logo para o agir, sem estratégias para pensar e sentir, os autores entendem isto como um mecanismo de defesa que pode no entanto conduzir a um fraco rendimento escolar, intelectual e social (Câmara, 2005; Ferreira, 2002).

Nos aspetos relacionados com a comunicação, apresenta uma boa comunicação e compreensão oral assim como uma boa comunicação não-verbal, à exceção dos aspetos que se relacionam com a expressão gráfica, como se confirmou através do DAP.

A relação que estabelece com a psicomotricista é afetuosa e de cooperação, aceitando a ajuda desta, tolerando o toque, procurando esta como parceira de jogo e confiando medos e inquietações frequentemente. Cumpre as regras da sessão, ainda que por vezes tente adiar o final das mesmas.

Nos aspetos psicomotores, a par das já referidas dificuldades ao nível da coordenação óculo-manual e da precisão de movimentos, verificaram-se ainda dificuldades ao nível da lateralidade, na identificação e reconhecimento no outro. Ao nível da noção temporal o Ricardo não é capaz de identificar o dia do ano, mês, referindo apenas corretamente sobre o ano e a estação.

A noção espacial foi considerada uma área intermédia, assim como a noção de corpo, pois embora tenha revelado uma boa autoimagem e um bom sentido cinestésico, manifestou dificuldades no reconhecimento direita-esquerda, seguimento de pistas espaciais e no desenho do corpo, como se pode observar através da descrição do DAP. Verifica-se que a sua área mais forte é o equilíbrio, manifestando destreza e confiança quer nas atividades sugeridas que envolveram competências ao nível do equilíbrio estático e dinâmico. Relativamente à tonicidade, o Ricardo aceita bem o toque, no entanto foi verificado alguma rigidez, mostrando inquietação em atividades de retorno à calma.

Dados da Avaliação Formal

O DAP (figura 1), foi aplicado em dezembro de 2014, e o Ricardo obteve uma classificação "deficitária", uma vez que os desenhos são muito imaturos tendo em conta a sua faixa etária. Realiza uma pinça fina, no entanto o traço é realizado com muita força, marcado com agressividade e não aceita realizar os desenhos em folhas diferentes,

usando preferencialmente o espaço inferior esquerdo. Não separa muito os desenhos e o desenho do homem não apresenta elementos diferenciadores e que o tornem "masculino". A representação da figura feminina, levanta-lhe dúvidas, dizendo que não sabia fazer, tentando mesmo desistir, porém depois de algum tempo opta por se inspirar na terapeuta e representa até um pormenor na camisola da figura. A sua representação é a única em que está assinalada a boca, estando presente um sorriso. Davido (1976) alerta para o facto de a falta da boca nos desenhos poder ser um sinal de problemas relacionais. Não usa cores, ainda que estas estejam disponíveis e os membros são desenhados apenas com traços, não respeitando a quantidade de dedos, nem outros aspetos referentes a segmentos corporais, nem assinalando elementos que diferenciem géneros, à exceção do cabelo na figura feminina.

Relativamente à BASC na versão para pais, esta foi entregue em dezembro de 2014 tendo sido devolvida em janeiro de 2015.

Verifica-se que através do questionário preenchido pelos pais, que para o perfil clínico (gráfico 2) a subescala de hiperatividade ($T=73$) é a única que apresenta resultados clinicamente significativos, i.e. $T \geq 70$. Como subescalas em risco i.e., $60 \geq T \leq 69$, apresentam-se as subescalas de: agressividade ($T=67$), problemas exteriorizados ($T=64$) e depressão ($T=60$). No perfil adaptativo (gráfico 3), a subescala de adaptabilidade ($T=39$) é considerada em risco, i.e., $31 \geq T \leq 40$, embora se encontre já quase fora da linha de risco. As restantes subescalas encontram-se fora de zonas problemáticas, verificando-se um bom perfil adaptativo.

Seriam de esperar valores clinicamente significativos na subescala de hiperatividade, dado o diagnóstico do Ricardo e as queixas apresentadas, o que se verificou. São também assim compreendidos os valores elevados nas subescalas de agressividade e problemas exteriorizados, que se situam na zona de risco, dadas as queixas de impulsividade, desobediência e baixa tolerância à frustração. A subescala de depressão é também considerada em risco, podendo ser estes sintoma entendido através de Ajuriaguerra & Marcelli (2010) que referem que a instabilidade poderá ser uma resposta a angústias depressivas; Polaino-Lorente & Ávila (2004) defendem que estes sintomas podem também surgir na sequência da dificuldade de adequação às exigências do meio bem como uma manifestação do mal-estar gerado. Delion & Golse (2004), explicam que as dificuldades em estabelecer relações com os outros, leva a criança a revelar comportamentos de agressividade, podendo também desenvolver um estilo afetivo depressivo. No que concerne ao perfil adaptativo, verifica-se que as competências sociais estão em risco, Carpenter, Loo, Yang, Dang & Smalley (2009) referem que a

imaturidade social, a rejeição pelos pares está associada com os sintomas de PHDA, podendo até exacerba-los. Cordinha & Boavida (2008), verificaram competências sociais inferiores em crianças com PHDA.

No questionário entregue na escola, para o perfil clínico (gráfico 4) os resultados clinicamente significativos, i.e. $T \geq 70$, verificaram-se nas seguintes subescalas: hiperatividade ($T=71$), depressão ($T=74$) e índice de sintomas comportamentais ($T=78$). Como subescalas em risco i.e., $60 \geq T \leq 69$ apresentam-se as subescalas de: agressividade ($T=63$), problemas exteriorizados ($T=61$) e problemas interiorizados ($T=65$).

Tal como seria de esperar e à semelhança dos resultados obtidos pelo questionário preenchido pelos pais, no perfil traçado através do questionário entregue na escola, a hiperatividade apresenta-se também com um valor clinicamente significativo, a par do valor referente ao índice de sintomas comportamentais e da subescala de depressão. São também consideradas problemáticas as subescalas de agressividade, problemas exteriorizados, problemas interiorizados e somatização, em conformidade com as queixas dos pais e da escola. Kuja-Halkola, Lichtenstein, D'Onofrio & Larsson (2015) referem ser frequente as crianças com PHDA apresentarem em comorbilidade problemas ao nível dos comportamentos externalizados. Jacob et al. (2014) refere também ser frequente a presença de problemas internalizados que se somam aos externalizados, refletindo uma possível desregulação emocional subjacente nos indivíduos com PHDA. Os mesmos autores mencionam uma associação positiva entre os problemas internalizados e vínculos precoces fragilizados.

No que respeita ao perfil adaptativo traçado na BASC professores (gráfico 5), verifica-se que nenhuma das subescalas se encontra em risco, revelando o Ricardo um bom perfil adaptativo, uma vez que esta é uma escala positiva, quanto mais elevado o valor, melhor o resultado. O Ricardo revela boas capacidades ao nível da liderança, competências sociais e das competências relacionadas com o estudo. Esta visão está próxima da visão da família, excetuando no que se relaciona com as competências sociais.

É importante sublinhar as diferenças relativamente à expressão sintomática do Ricardo nos diferentes contextos (ou a compreensão diferente dos dois contextos relativamente à criança), expressas através das subescalas do perfil clínico. No questionário preenchido pela professora verificam-se valores mais elevados nas subescalas referentes aos problemas interiorizados, ao passo que no questionário preenchido pela mãe os valores mais altos se localizam ao nível dos problemas

exteriorizados. As subescalas de hiperatividade e agressividade são as que apresentam maior concordância entre os dois preenchimentos.

c) Elementos critério

Com base nos dados anamnésicos do Ricardo, e de modo a compreendê-lo de uma forma mais eficaz na sua individualidade e na expressão da sua problemática (e.g. impulsividade, baixa resistência à frustração, baixa autoestima, dificuldades de socialização) foram definidos elementos critérios, i. e., separação prolongada da figura paterna, relação parental conflituosa, hospitalizações precoces, inconsistência na prestação de cuidados precoces, mudança de cidade, estilo parental permissivo.

d) Hipóteses Explicativas

A etiologia para a PHDA não se encontra ainda claramente estabelecida, mas vários autores assumem que implicará uma grande variedade e interação de sintomas de ordem genética e ambiental (Barkley, 2002; Barrias, 2014) relacionados com vários fatores de risco presentes e.g. genéticos, perinatais, psicossociais e ambientais e que são observados no caso do Ricardo (Thapar, Cooper, Eyre & Langley, 2013). Como fatores de risco genéticos podem considerar-se o padrão de inquietude, impulsividade e dificuldades de concentração que a mãe e o tio do Ricardo relatam também possuir. Outro fator dentro desta linha é o temperamento do Ricardo, sendo desde sempre descrito o comportamento agido e inquieto, i.e., mesmo antes de o diagnóstico ter sido concebido. Relativamente a fatores de riscos perinatais podem considerar-se as complicações depois do nascimento, tendo o Ricardo nascido com um rim único, ao que se podem somar as hospitalizações precoces subsequentes. No que concerne a fatores de risco ambientais e psicossociais é de referir as relações conflituosas entre os pais, o estilo parental permissivo, a mudança de cidade e a separação prolongada da figura paterna.

Relativamente à presença da figura paterna, considera-se que a presença do pai do Ricardo se limitou até aos três anos, depois apenas mantiveram contacto aos fins de semana. Atualmente, com a vinda para a Lisboa, o Ricardo vê o pai apenas nas férias escolares. Marcelli & Cohen (2010) mencionam que as carências parentais podem relacionar-se fraco estímulo afetivo, sendo estar na origem de manifestações agressivas. Rosenberg & Wilcox (2006), alertam para a importância da presença paterna no desenvolvimento de capacidades cognitivas, rendimento escolar, bem como maior tolerância do stress. Além disso, as crianças que têm maior envolvimento com o pai, parecem também ser mais emocionalmente seguras e mais capacidades sociais, bem

como menos sintomas depressivos (Rosenberg & Wilcox, 2006). Convém também não esquecer a importância do pai no processo de separação-individuação (Mahler, 1982) e que a falta de figura paterna poderá estar ligada às manifestações de agressividade e labilidade emocional (Lifford, Harold & Thapar, 2008; Dwairy, 2010). Este pouco contacto com a figura paterna, uma vez que mesmo quando viviam juntos eram frequentes as saídas deste de casa devido aos conflitos entre o casal, poderá ter implicado poucas experiências e relação entre o Ricardo e o pai, dando lugar a uma carência de experiências organizadoras a nível emocional e social .

Para Goodman, Fleitlich-Bilyk, Patel & Goodman (2007) o sistema familiar e as relações existentes são de suma importância para a criação de uma socialização primária da criança, fundamental para que paralelamente se proceda a um bom desenvolvimento cognitivo e emocional, ora se o Ricardo não teve estas relações vivenciadas de modo contendor, este facto poderá contribuir para que a sua identidade seja afetada e também para os défices na socialização apontados pela escola. Os conflitos parentais foram constantes no tempo em que os pais estiveram juntos e perduram até ao presente, sendo estes descritos por Galéra et al. (2014) como fatores de risco importantes para a manifestação de sintomas de agitação e irrequietude.

O estilo parental desempenhado pela mãe, muito permissivo e o tipo de disciplina utilizada, i.e., pouco consistente são fatores relacionados com saúde mental das crianças (Skinner, Jonhson & Snyder, 2005; Newman, Harrison, Dashiff & Davies, 2008). Assim a mãe tem uma atitude de tolerância e de aceitação dos impulsos e vontades do Ricardo, exigindo poucas regras e consequentemente criando poucas rotinas. Este estilo de educação está também associado a uma baixa responsividade, pelo que indiretamente são pouco promovidas competências como a individualidade, autorregulação (Baumrind, Larzelere & Owens, 2010), uma vez que parece ser dado pouco suporte emocional e pouca sintonia com as necessidades e exigências da criança. A exigência de poucas regras e rotinas conduz a dificuldade na regulação das emoções, impulsividade e agressividade (Amato & Rivera, 1999) uma vez que através das rotinas é dada à criança segurança e previsibilidade.

A qualidade dos cuidados precoces é apontada como a variável mais relacionada com o desenvolvimento infantil (Franc, Maury, Purper-Ouakil, 2009). A mãe refere que os cuidados do Ricardo foram distribuídos por ela e pelas avós, uma vez que ela tinha que ir trabalhar. Dados clínicos evidenciam relação entre os cuidados precoces e a falta de capacidades de regulação emocional na PHDA estando ainda as experiências precoces

desorganizadas associadas a um maior risco de problemas externalizados (Franc, Maury, Purper-Ouakil, 2009).

e) Perfil Intra-Individual

Com base nos dados da avaliação inicial e de acordo com as hipóteses explicativas, foi definido o perfil intra-individual, que se encontra distribuído por três domínios, i.e., psicomotor, cognitivo e sócio emocional, apresentando na tabela 8.

Tabela 8 - Perfil Intra-Individual, estudo de caso I.

		Áreas Fortes	Áreas a melhorar
Domínios	Psicomotor	Equilíbrio	Praxias
			Lateralidade
			Esquema Corporal
			Planeamento e Estruturação Espaço-Temporal
	Cognitivo	Capacidade simbólica	Atenção
			Planeamento e organização
		Desejo de exploração	Resolução de problemas
			Memória
	Sócio-Emocional	Empatia	Baixa autoestima
		Motivação	Baixa tolerância à frustração
		Cooperação	Agressividade
			Impulsividade

f) Objetivos Terapêuticos

Considerando as características individuais do Ricardo definiram-se os objetivos gerais e específicos para a intervenção psicomotora, pormenorizados na tabela 9.

Tabela 9 - Objetivos gerais e específicos por domínios, estudo de caso I

Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Controlar a impulsividade	Criar estratégias de autocontrolo de modo a reduzir os momentos de impulsividade
Melhorar a praxia global	Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-podal, promovendo a planificação e análise do movimento
Desenvolver a Noção de Corpo	Melhorar a consciência dos limites corporais Trabalhar o reconhecimento bilateral direita-esquerda Melhorar a representação gráfica de si
Domínio Cognitivo	
Aumentar os períodos de atenção	Ser capaz de permanecer atento por períodos mais longos nas tarefas
Melhorar as capacidades de mentalização	Melhorar as capacidades relacionadas com o planeamento, organização e avaliação dos resultados
	Aumentar as estratégias perante situações problema e situações de frustração
Domínio Sócio-Emocional	
Desenvolver as Competências e Relações Interpessoais	Aumentar a capacidade de aceitar os interesses do outro
	Aumentar a autoestima, criando sentimentos de eficácia no desempenho e valorização

g) Acompanhamento e Evolução

O período de intervenção iniciou-se em outubro de 2014 e terminou em 25 de junho de 2015. As sessões realizavam-se com frequência semanal, em contexto individual, uma vez que depois da avaliação inicial se verificou que este tipo de abordagem seria o mais adequado dada a agitação do Ricardo, estando assim a psicomotricista mais disponível para lhe dar atenção e respeitar melhor o seu ritmo individual, com um maior investimento, e mais oportunidades de expressão e participação na sessão, como o referido na literatura (Arágon, 2007) promovendo sentimentos de autoconfiança e segurança. No entanto, depois de um investimento individual, o projeto terapêutico sugere a integração num grupo, de modo a trabalhar de um outro modo a aceitação de regras, organizar o pensamento e a ação, gerindo a frustração e permitindo a reflexão conjunta (Moutinho, 2012).

As primeiras sessões na sala terapêutica destinaram-se à avaliação psicomotora, sendo disponibilizada paralelamente com esta, uma exploração do espaço e materiais bem como a construção de uma aliança terapêutica. Inicialmente verifica-se que o Ricardo não define interesses, nem explora os objetos de modo simbólico. No sentido de mediatizar a relação com o objeto e de dar significado aqueles que selecionava, foram propostas atividades de envolvimento simbólico com esses objetos. O Ricardo aceitava mas acabava por abandonar para se focar num novo objeto ou lugar. A terapeuta procurou organizar com a criança várias possibilidades dos materiais bem como do espaço.

Era frequente o interesse da criança por atividades que exigiam coordenação, porém na ausência de sucesso desistia. Uma das atividades que o Ricardo inventou foi o "boxe", porém como não acertava no saco, acabava por se deitar no chão, desistido e frustrado. A psicomotricista aproveitou este jogo como uma possibilidade, e juntou-se à criança de modo a participar na tarefa, colocando-se no outro lado do saco. Através do *feedback* e da presença na tarefa da terapeuta, o Ricardo permaneceu na tarefa, sendo uma das tarefas mais escolhidas nas sessões seguintes. Esta experiência foi fundamental, na medida em que através do reforço e participação da psicomotricista, a segurança e os sentimentos de autoeficácia foram promovidos, bem como foi fortalecida a relação terapêutica. Além disso, como Martins e Naia (2006) referem este tipo de atividades permite que a criança consciencialize as suas competências e se entenda como agente perante o envolvimento. Além disso, através da participação da psicomotricista e do prazer proporcionado pela tarefa poderá ser trabalhada a motivação

que Albaret, Marquet-Doléac, Neveux & Sopplesa (2014) consideram ser essencial para a adesão à terapia.

Depois da fase inicial de adaptação ao espaço e às rotinas da sessão, as sessões desenvolveram-se sempre com três momentos fundamentais, i.e., momento inicial, atividades e momento final. No momento inicial, o Ricardo e a psicomotricista desenvolviam uma breve conversa, tendo o Ricardo espaço para trazer e apresentar as suas preocupações e motivações. Era neste momento também que ambos se descalçavam e negociavam as atividades a desenvolver no decorrer da sessão. Esta negociação envolvia o planeamento da sessão, tendo que ser gerido o tempo disponível para as atividades bem como os interesses e necessidades do Ricardo. Este tempo era muito importante de modo a ajudar a consciencializar o Ricardo da sua implacabilidade perante o envolvimento (Martins & Naia, 2006). Tentou-se que as tivessem espaço para situações de elevada componente motora e também atividades que implicassem aspetos de ordem cognitiva (Albaret, Marquet-Doléac, Neveux & Sopplesa, 2014). Foram sempre ser usados reforços cognitivos, imediatos e contínuos. Além disso através do planeamento de um fluxo de tempo, e sendo a atenção colocada na informação pertinente por parte da criança poderá trazer benefícios ao nível da capacidade de inibição e melhorar questões temporais (Albaret, Marquet-Doléac, Neveux & Sopplesa, 2014).

As atividades eram escritas no quadro, sendo assinalada a sua realização ao longo da sessão, de modo a que o Ricardo conseguisse visualizar as tarefas que realizava bem como auxiliava na gestão do tempo. No segundo momento eram proporcionadas várias atividades, sendo estas orientadas no sentido de trabalhar as áreas mais fracas do Ricardo. No momento final, era dado espaço para a verbalização e reflexão conjunta sobre as atividades e acontecimentos da sessão.

Assim, à medida que os sentimentos de partilha e confiança aumentaram, o Ricardo começou a trazer problemas e medos partilhando-os verbalmente, nos momentos iniciais e finais da sessão. Algo que lhe causa muito medo são os terremotos e pergunta no final de uma sessão: "Vai haver um terremoto?". A terapeuta procurou esclarecer sempre as dúvidas da criança, na tentativa de consolidar uma base segura. É percebido que na relação com o adulto, como já foi descrito, o Ricardo procura uma elevada busca relacional e a necessidade de permanecer em relação dual, bem como se verificam considerações depressivas "não sou bom", "não sou capaz", que sublinham uma vez mais a necessidade de intervenção individual.

Com o avançar das sessões a par das atividades de cariz mais sensório motor, o Ricardo demonstra especial interesse pelo jogo simbólico, pedindo em todas as sessões para que fosse construída uma casa, que para Aucouturier (2010) revela uma procura de sentimentos de segurança e proteção, permitindo ainda a expressão das vivências mais arcaicas da criança.

Nas primeiras sessões é ele que decide onde fica a porta, o jardim e o sofá, pelo que a psicomotricista não faz muitas observações e vai apenas alimentando este seu interesse e auxiliando na realização do que ele idealiza. Também nestas sessões iniciais a atribuição de papéis ainda não se verifica, procedendo-se apenas à construção da casa, enquanto espaço físico.

Progressivamente o Ricardo entra dentro do jogo faz-de-conta, criança atribui à terapeuta um papel de cuidadora, moram na mesma casa, e esta é responsável por tarefas como lavar a loiça, cozinhar e conduzir. Ele é um menino que brinca todos os dias no jardim. Fica bastante desiludido quando é hora de arrumar e vê que a casa regressa à forma fragmentada de objetos espalhados pela sala. De modo a estimular as suas capacidades simbólicas a terapeuta realizava sugestões e procurava que o Ricardo acrescentasse aspetos ao jogo. Assim, decidiu construir um muro, para que "ele não entrasse". Ele, era o outro psicomotricista que por vezes visitava as sessões e que o Ricardo bombardeava com bolas, para quando o psicomotricista saía, o Ricardo dizer: "Já se foi". Neste fase, o Ricardo já revela confiança de modo a erguer as suas defesas face ao imprevisível, sendo até capaz de antecipar o regresso do "invasor" e constrói uma armadilha.

Depois de adquiridos os rituais de sessão, o Ricardo já se encontra capaz de os respeitar, revelando maior capacidade de atenção e planificação. Visto um novo objeto na sala, o Ricardo pede que antes de fazer a casa vamos brincar com ele. Estava um baloiço pendurado no teto cuja base fazia lembrar um disco. A criança olha para o baloiço e questiona a terapeuta sobre que objeto é esse, pergunta que lhe foi devolvida "O que te parece ser?", o Ricardo observa e diz "é vermelho como os cogumelos das histórias". A psicomotricista refere "É verdade mas a mim faz-me lembrar um disco voador". Como que inspirado, o Ricardo diz: "Um disco do espaço?". Aí iniciou-se uma viagem ao espaço, e a psicomotricista aproveitou para trabalhar as questões relacionadas com a lateralidade, sendo o Ricardo a dizer o caminho que a nave teria que descrever, através de pistas espaciais. Em seguida o Ricardo quis guiar a nave, sendo a psicomotricista a dar pistas verbais. Foi uma atividade repetida nas sessões, sempre que o disco se encontrava na sala.

Pela presença e proximidade constante da terapeuta, foi possível uma base de confiança para tentar e falhar, aceitando e até sugerindo atividades que exigiam destreza e coordenação (e.g. boxe com a bola pendurada), sendo habitualmente estas realizadas na parte inicial da sessão.

Numa das sessões finais, diz de cima do banco "Sou o mais rico da minha escola, tenho vários *Lamborghinis* e *Ferraris* e tenho mais de 10 namoradas". A terapeuta escuta atentamente e questiona-o sobre as cores dos carros e sobre as namoradas. Depois o Ricardo pergunta "Acreditaste que eu tinha todos esses carros e namoradas?", a terapeuta respondeu "Eu percebi logo que estavas a brincar comigo, mas já sei que gostas muito de carros...". A criança sorri mostrando-se algo surpreso com a resposta. Por vezes ao longo das sessões refer ter muitos carros e muitas namoradas, mas no final da diz sempre a verdade espontaneamente ("Sabes, não tenho carro/namorada nenhuma"). Este é um exemplo de um momento simples que pôde confirmar que as sessões estavam realmente a criar algo dentro da criança, pois cada vez mais era capaz de partilhar sonhos e fragilidades, coisas tão difíceis de elaborar e falar nesta idade.

No início de uma das sessões finais tenta prolongar a mesma dizendo "Quem me dera que isto durasse 5 horas!" e continua a trazer as preocupações para a sessão, "Quando eu for para o 5º ano, como venho ter contigo?".

h) Resultados

A avaliação final decorreu no dia no final de junho, 33 sessões após a avaliação inicial. De seguida são apresentados os resultados da intervenção, analisando-se as diferenças dos dois momentos de avaliação, no que respeita à BASC e ao DAP. Os resultados da observação psicomotora encontram-se descritos no ponto anterior, uma vez que se relacionam com a evolução da criança ao longo do tempo de intervenção.

Relativamente à BASC, analisando-se a avaliação no que respeita ao preenchimento do questionário para pais (gráfico 2), verifica-se que houve uma redução da expressão sintomática em quase todas as subescalas. Ficando a agressividade (T=55) e os problemas exteriorizados (T=55) fora das subescalas em risco. A subescala de hiperatividade (T=63), que possuía significado clínico deixou assim de o ter, sendo apenas tida em conta como estando em risco.

Verifica-se que ao nível da hiperatividade, a mãe refere que o Ricardo já não se levanta da mesa nos tempos de refeição, faz menos birras. Ao nível da agressividade, a mãe menciona que o Ricardo se queixa menos das regras e das rotinas e é mais capaz de partilhar brinquedos.

Relativamente às subescalas que aumentaram, a primeira a considerar foi a depressão (T=62) que aumentou dois pontos, uma vez que a mãe do Ricardo descreve que ele chora mais facilmente. Outra subescala que aumentou foi a de somatização (T=39), pois na BASC final a mãe referiu que o Ricardo "esteve frequentemente doente", uma vez que o Ricardo esteve constipado ao longo do período, ainda assim convém mencionar que nesta subescala o Ricardo se situa no percentil 9. As subescalas de atipicidade (T=53) e isolamento (T=47), revelaram também subidas. O aumento da subescala de atipicidade encontra-se relacionado com o facto de repetir uma atividade mais vezes e de buscar a proteção parental mais frequentemente. Apesar da tendência ao isolamento ter aumentado, há que sublinhar um aspeto benéfico adjacente, i.e, este facto deve-se a forma como o Ricardo descreve as suas interações e.g. procura menos competir com as outras crianças e a mãe descreve que o Ricardo já realiza jogos individuais adequados em casa.

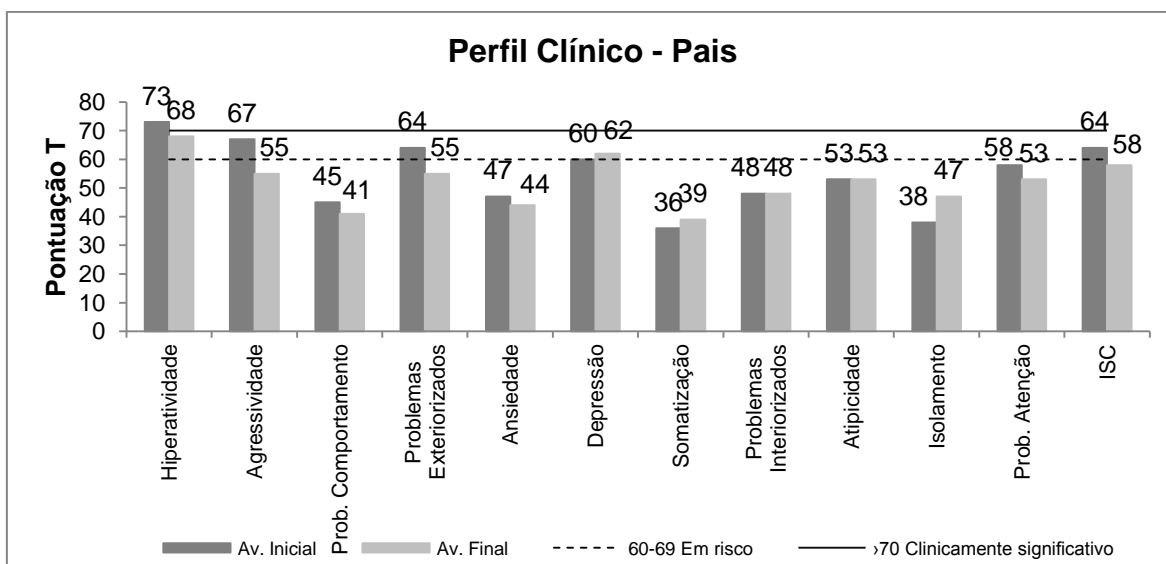


Gráfico 2 - Resultados BASC pais, perfil clínico, estudo de caso I

No que concerne ao perfil adaptativo (gráfico 3), verifica-se que o Ricardo mantém um bom perfil adaptativo, que ainda assim registou melhorias. A subescala de competências sociais (T=41) encontra-se quase fora da zona de risco e nas outras subescalas registou-se também um aumento, o que dá sinal de um perfil adaptativo mais forte. Neste âmbito a mãe refere que apesar de o Ricardo argumentar sempre, mas fá-lo de um modo mais organizado e está mais disponível para ajudar os pares.

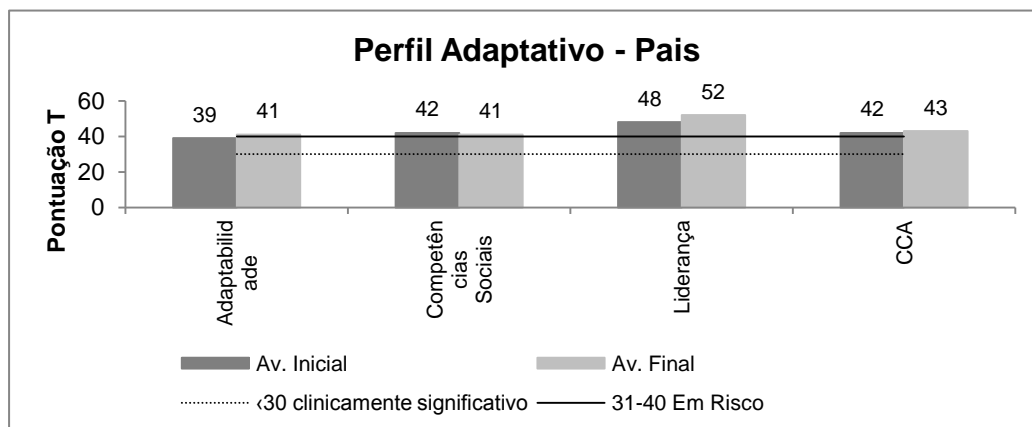


Gráfico 3 - Resultados BASC pais, perfil adaptativo, estudo de caso I

No que se relaciona com as respostas dadas pela professora do Ricardo, verifica-se redução sintomática em praticamente todas as escalas, registando-se apenas ligeiros aumentos em duas subescalas (gráfico 4).

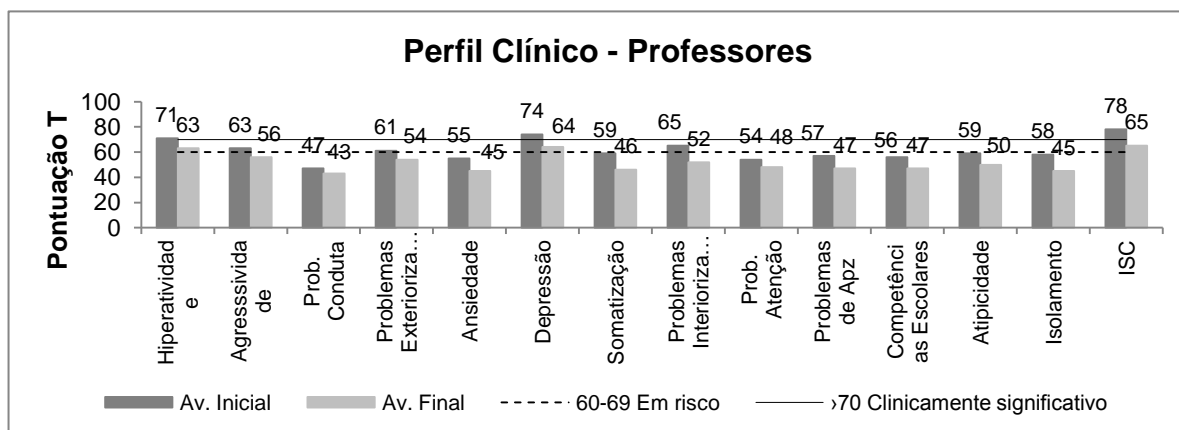


Gráfico 4 - Resultados BASC Professores, perfil clínico, estudo de caso I

As subescalas de hiperatividade (T=63) e depressão (T=64) registaram descidas que as deixam sem significado clínico, sendo apenas consideradas como em risco. O Ricardo revela menos pressa em terminar os trabalhos, dá sugestões para a resolução de problemas, e distrai-se com menos facilidade. O índice de sintomas comportamentais (T=65) deixa de ser clinicamente significativo. A subescala de agressividade (T=56), problemas exteriorizados (T=54) e problemas interiorizados (T=52) deixam de se situar na zona de risco. O Ricardo culpa menos as outras crianças, tem ideias que partilha de forma mais organizada, está capaz de analisar os problemas antes dos resolver e participa mais nas aulas. As subescalas de problemas de atenção (T=48) e de problemas de aprendizagem (T=47), apresentam também descidas apesar de nunca terem sido consideradas problemáticas.

Relativamente ao perfil adaptativo traçado pela professora (gráfico 5), verificam-se igualmente evoluções, não se encontrando nenhuma subescala em risco. A professora descreve que o Ricardo está mais solidário com os colegas, oferecendo ajuda e aceitando sugestões, realçando o seu sentido de humor.

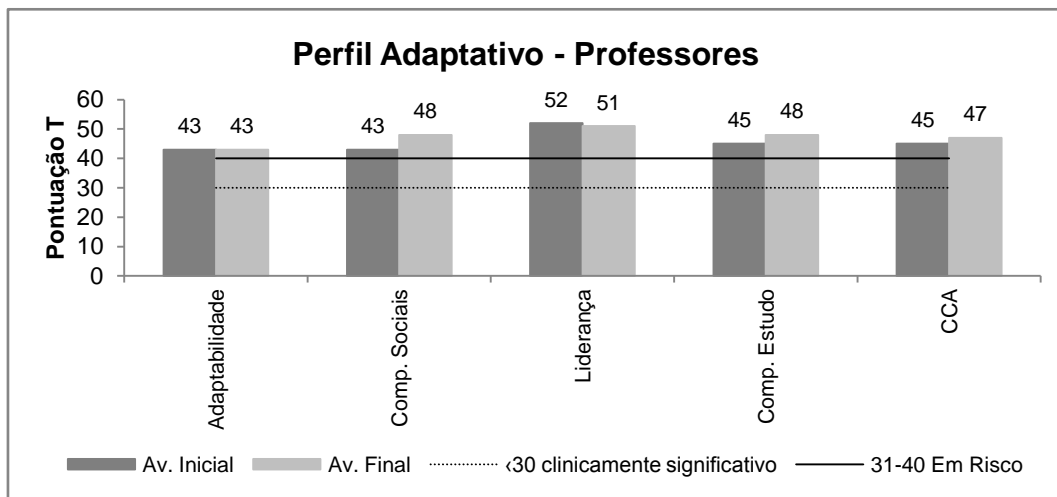


Gráfico 5 - Resultados BASC Professores, perfil adaptativo, estudo e caso I

Relativamente ao DAP, os resultados podem ser comparados através da figura 1. Na primeira avaliação, os desenhos realizados pelo Ricardo situaram-se no percentil inferior a 2, estando ao nível das crianças com 5 anos e 0 meses. Porém na segunda avaliação, o Ricardo tem uma classificação acima da média, situando-se no percentil 75-90, ao nível das crianças de 8 anos e 6 meses.

É possível verificar que as duas avaliações têm resultados muito diferentes. Na segunda representação, os desenhos são maiores, o pescoço é representado, os membros apresentam-se já representados bidimensionalmente ainda que não sejam representados os cinco dedos em cada mão, à exceção do desenho de si mesmo. As faces aparecem já com expressão e muito mais ricas em pormenores (e.g. sorriso, boca, olhos, nariz e pestanas). Na representação de si, o Ricardo investe muito, sendo o desenho mais demorado, referindo que se ia retratar como um super-herói e que por isso tinha que desenhar um fato da tropa. Menciona ainda que neste desenho não pode desenhar orelhas porque estão dentro do capacete. No desenho inicial o Ricardo não realizou quaisquer verbalizações sobre os desenhos que criava.

A figura masculina foi mais investida, e ganhou elementos que permitem identificar o género masculino (e.g. desenha cabelo curto, assinala tronco e desenha roupas masculinas). Percebe-se também um grande investimento na figura feminina, desenhando pestanas compridas, brincos e cabelos, e assinalando ainda vestuário feminino, i.e., um vestido.

Os três desenhos apresentam-se com traços mais precisos e controlados, o que poderá indicar uma maior definição dos seus limites corporais, que poderá consequentemente traduzir-se numa maior capacidade de auto-regulação emocional. Os três desenhos possuem cores, o que segundo Widlöcher (1971) parece associar-se com uma maior capacidade expressiva.

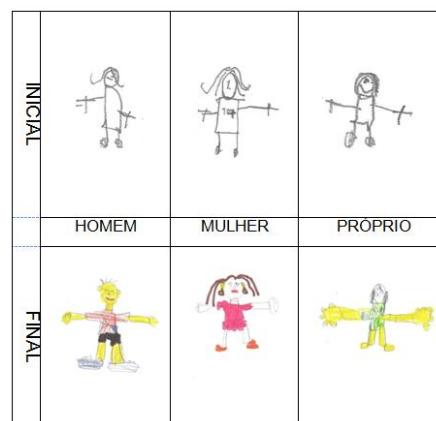


Imagem 1 - Resultados da aplicação do DAP, estudo de caso I

i) Discussão dos Resultados

Através dos resultados obtidos pela replicação dos instrumentos da avaliação inicial, i.e., BASC e DAP, verificam-se impactos positivos. Assim, após oito meses de intervenção pode constatar-se que se atingiram cerca de 94% dos objetivos traçados no protejo terapêutico. O único objetivo que não se considera totalmente adquirido corresponde ao reconhecimento bilateral direita-esquerda, onde o Ricardo apresenta ainda dificuldades. No entanto apesar de o objetivo não ter sido atingido na sua totalidade, a criança revela maior capacidade de seguir pistas verbais e menos confusões do que no início da intervenção.

Um aspeto de extrema importância no processo terapêutico, foi o interesse e disponibilidade da mãe para trazer o Ricardo às sessões, revelando sempre assiduidade e pontualidade, colaborando no preenchimento dos instrumentos de avaliação e mostrando interesse no desenvolvimento da terapêutica. Apesar de no início a mãe se ter revelado bastante tímida no revelar de informações mais pessoais, com o estabelecer de uma aliança terapêutica, a mãe partilhou mais informações e sentimentos relativamente a aspetos da vida e dinâmica familiar bem como sobre as preocupações relativamente ao Ricardo. Trouxe também informações sobre as evoluções do Ricardo, quer em casa bem como na escola e na relação com os pares.

Se no início esta mãe se apresentava receosa com as visitas do Ricardo ao pai, progressivamente retirou delas uma carga negativa, verificando que o Ricardo regressava feliz e assim apercebeu-se da importância destes momentos para a criança. Refere também que procurou oferecer mais do seu tempo ao Ricardo, e.g. fazer os trabalhos com ele, referindo que como mudou o seu horário de trabalho se sentia com mais energia.

Através dos registos das sessões, observa-se que o Ricardo foi progressivamente adquirindo estratégias e competências sociais, sendo capaz de definir interesses e

aceitar os rituais de sessão. Revelou-se também menos impulsivo, sendo capaz de negociar e aceitar as sugestões do outro. Na gestão da frustração, verificou-se capaz de enfrentar situações novas que antes provocavam desconforto (e.g. jogos que envolvem coordenação e que antes se recusava por afirmar "não sei, não sou capaz"). Com o avançar das sessões, foi construindo jogos que revelavam uma maior confiança em si, partilhando medos e dúvidas com a terapeuta. Também se revelou disponível para seguir feedback da terapeuta, e.g. seguindo as pistas desta, sem se frustrar, não desistindo ao contrário do que fazia inicialmente.

Foram também visíveis as repercussões nos diferentes contextos, i.e., casa e escola. A mãe refere que o Ricardo é capaz de desenvolver brincadeiras em casa, sozinho, sem ser com a *playstation* ou ver televisão. Na escola, a professora refere que está mais disponível para ajudar as outras crianças, dando sugestões adequadas para brincadeiras, também se revela mais capaz de analisar os problemas antes dos resolver e participa mais nas aulas, de modo organizado.

Conclui-se que será benéfico para o Ricardo manter o acompanhamento em psicomotricidade, dados os resultados obtidos. No entanto, é sugerido que no próximo ano, o Ricardo seja acompanhado em âmbito grupal, dado que o investimento numa relação terapêutica individual se demonstrou progressos e que o Ricardo adquiriu competências para se relacionar em grupo.

5.2. Estudo de caso II

A Maria tem atualmente 8 anos de idade e é seguida na CE desde dezembro de 2013, tendo sido a primeira consulta realizada através de um pedido conjunto dos pais e da escola. As principais queixas apresentadas prendem-se com o facto de a Maria não comunicar fora do ambiente familiar, ter problemas em aceder a rotinas, problemas de concentração e na relação com os pares. Foi-lhe atribuído um diagnóstico de Perturbação da Ansiedade (Mutismo Seletivo). A menina foi encaminhada pelo pedopsiquiatra para a psicomotricidade em dezembro de 2014.

5.2.1. Caracterização anamnésica

A Maria era até janeiro filha única, estando a mãe grávida da segunda filha, à data da primeira consulta. É fruto da primeira gravidez da mãe, sendo uma gravidez planeada e desejada, tendo o período de gestação decorrido sem problemas. O parto foi eutócico, registando-se na maternidade Alfredo da Costa, sem complicações com um índice de APGAR de 9-10. Os primeiros marcos do desenvolvimento inserem-se dentro dos

padrões normativos, tendo adquirido a marcha aos 1,5 anos, fala aos 10 meses e controlo dos esfíncteres diurno e noturno por volta dos 12 meses.

No período neonatal, a mãe descreve a Maria como um bebé calmo, que dormia muito bem, embora só tardiamente tivesse abandonado o quarto dos pais, dado que moravam numa casa mais pequena. Atualmente, a Maria tem o seu próprio quarto, descrevendo a mãe dificuldades em adormecer, uma vez que antes da mudança de casa, por diversas vezes adormecia na cama da mãe. Relativamente à alimentação, a mãe refere que a Maria comia normalmente, tendo sido amamentada até aos 9 meses. Apesar de a mãe ter introduzido alimentos sólidos, e.g. papas pelos 6 meses de idade, atualmente a Maria não come carne ou peixe sem estes estarem completamente triturados e.g. na sopa. Apesar de apresentar estas queixas, a mãe da Maria acaba por as desvalorizar, referindo que toda a família se adapta a isso.

À data da primeira entrevista em psicomotricidade, tal como já foi referido a mãe encontra-se grávida de 30 semanas e refere que a Maria se encontra muito entusiasmada com o facto de vir a ter uma irmã, dormindo até com dois peluches, um deles que será para a irmã.

No que concerne à prestação de cuidados, a Maria até aos 5 anos esteve sempre aos cuidados da mãe (que estava desempregada) e da avó paterna, nunca tendo frequentado creche ou ensino pré-escolar. Deste modo, só aos seis anos a Maria começou a sair do seu ambiente familiar e dos cuidados da família para ingressar no ensino primário. No primeiro ano, apesar de um período de adaptação bastante complicado, com várias dificuldades de integração, a Maria realizou aprendizagens e transitou para o segundo ano.

A mãe descreve que enquanto criança também era muito agarrada à sua mãe e que o pai também é algo retraído e calado. Refere que a Maria sempre foi tímida, embora dentro do ambiente familiar fale de tudo e brinca com outras crianças e.g. primos. A mãe menciona que "em casa, a Maria fala pelos cotovelos", mas nas primeiras idas à escola, ou em contextos onde estejam presentes mais pessoas, a menina escondia-se atrás dela ou agarrava-se a ela com extrema força. Os sintomas foram mais exacerbados quando a menina foi para o primeiro ano e não comunicava com a professora, funcionários ou colegas. Muitas vezes chorava e recusava-se a ir para o recreio e a comer o lanche.

A Maria vive com a mãe e com o pai, sendo as relações familiares descritas como não conflituosas e estáveis. A mãe atualmente ainda se encontra desempregada e o pai é o pai da Maria é serralheiro de alumínio. A família alargada e a família mais próxima da Maria tentam reunir-se frequentemente. A Maria é mais próxima da mãe e da avó

paterna, que segundo a mãe "lhe dão muitos miminhos". No entanto a mãe refere que avó materna também mima a neta, apesar de morar longe, a Maria relaciona-se bem com o pai, mas como ele trabalha muito, fazem poucas coisas em conjunto.

A mãe descreve a Maria como uma menina sonhadora, que gosta de brincar às princesas, muito entusiasmada com a irmã que vai nascer.

Por parte da escola, as queixas prendem-se com as dificuldades de concentração e memorização, as questões da alimentação e as dificuldades nas relações com os pares e com a professora. Não vai ao quadro e muitas vezes fica a brincar com o material escolar, sem prestar atenção ao que a professora questiona. É de salientar que mudou de professora recentemente e que a relação com esta é também marcada pelas dificuldades de comunicação.

5.2.2. Projeto Terapêutico

A elaboração do projeto terapêutico e consequentemente do perfil intra-individual, foi obtido à custa da informação recolhida pela avaliação em psicomotricidade e ainda através dos dados recolhidos pela avaliação psicológica por parte da escola, bem como através da entrevista pedopsiquiátrica. As duas avaliações serão brevemente descritas de seguida.

a) Avaliação Pedopsiquiátrica

O pedopsiquiatra que observou a Maria, descreve-a como uma criança com um ar zangado, contacto inibido. Refere que a Maria emite alguns sons, revelando-se tímida, estabelecendo pouco contacto ocular. Depois de estabelecido o diagnóstico de MS a Maria foi medicada com Risperidona 0,5 mg.

b) Avaliação Psicológica

A avaliação psicológica realizada pela escola foi solicitada em fevereiro de 2014 (a meio do 1º ano do ensino primário) pela professora titular de turma e compreendeu uma observação em sala de aula e em gabinete.

A avaliação abordou essencialmente três aspetos: relacionamento com os pares, comportamentos na sala de aula e comportamentos em situação de gabinete. Ao nível do relacionamento com os pares, é confirmado que a Maria prefere ficar na sala de aula do que ir brincar com os colegas para o recreio. São também mencionadas as situações que geram tensão, i.e., a Maria recusa-se a comer o lanche. Relativamente ao contexto de sala de aula, o relatório descreve a Maria como "apática, alheada e com muito sono", semblante triste, quando confrontada com perguntas pela professora fica assustada e chora, brinca com os objetos escolares, revela pouco interesse pelos conteúdos

escolares. Em gabinete, a Maria fica tensa, não estabelece contacto ocular com o adulto, não estabelecendo qualquer comunicação e chorando.

O relatório conclui que a Maria se encontra desorganizada internamente, revela dificuldades nas relações com os pares e com os adultos, má gestão emocional e sugere que alimentação é um comportamento de recusa.

c) Avaliação em Psicomotricidade

No início do acompanhamento em psicomotricidade, foi realizada uma avaliação formal e informal que compreendeu os seguintes instrumentos: BASC na versão para pais e professores, DAP e a GOC.

A GOC foi aplicada dada a facilidade com que são registados os comportamentos da criança, através da observação da atividade espontânea. Assim através da GOC, foi possível organizar os aspetos observados através de situação de jogo, tendo sido recolhidas informações sobre o aspeto somático, apresentação, comportamento e desempenho, relações e aspetos psicomotores. Os dados recolhidos para a elaboração da GOC inicial foram recolhidos em duas sessões, uma sessão de jogo livre, onde estava apenas presente a Maria e a psicomotricista e outra sessão já em contexto de jogo.

O DAP, faz normalmente parte dos procedimentos normais de avaliação em psicomotricidade na CE e permitiu compreender o funcionamento e desenvolvimento intelectual, se este se encontra dentro do esperado para a idade cronológica. Através da análise qualitativa podem ainda ser percebidos aspetos como o conhecimento que a criança possui de si, como se organiza o esquema e imagem corporal e ainda como se processam as suas vivências psicoafectivas, ainda que com cuidado nas possíveis interpretações. Através da não exigência de verbalização, revela-se um instrumento de fácil introdução no caso da Maria.

A aplicação da BASC relaciona-se com a necessidade de compreender o impacto das dificuldades e comportamentos da Maria, na relação com os outros (pais e professora), e como estes lidam e gerem estas dificuldades. Além disso, através da BASC é possível compreender melhor as capacidades adaptativas e a dimensão dos problemas internalizados, dado que são áreas em dificuldade de modo geral nos indivíduos com MS (Buzzella, Ehrenreich-May & Pincus, 2011).

Dados da Avaliação Informal

Através das duas primeiras sessões, foi possível observar a atividade espontânea e foram também sugeridas diversas atividades. As duas primeiras sessões decorreram em âmbito individual, estando apenas presentes a Maria e a psicomotricista. Na terceira sessão a Maria integrou logo um grupo terapêutico e optou-se por integrar esta observação nos dados da avaliação inicial de modo a perceber como a Maria estabelece relações com os pares. Importa ainda salientar que foram ainda recolhidos dados em gabinete, uma vez que a psicomotricista esteve presente numa consulta com a Maria, a mãe e o pedopsiquiatra responsável.

Na consulta com o pedopsiquiatra observa-se que a Maria é uma menina com um bom desenvolvimento estato-ponderal, com idade real coincidente com a idade aparente e aparência cuidada e investida. Encontra-se numa cadeira junto da mãe e abraçada a esta. Quando a psicomotricista entra e lhe é apresentada esconde a cara e encosta-se ainda mais à mãe. Quando o pedopsiquiatra fala da irmã a menina esboça alguns sorrisos, mas estabelece pouco contato ocular e apresentando uma fâcies pouco expressiva.

Na primeira sessão de psicomotricidade a Maria não se separa bem da mãe, e chorando a mãe acompanha-a até à porta da sala terapêutica e permanece nos primeiros minutos da primeira parte da sessão. Depois de entrar na sala agarra-se à mãe e não explora o espaço. A psicomotricista fez várias propostas às quais a Maria não acedia. Entretanto a Maria já não chorava e a mãe saiu, garantindo que estaria no sofá junto à sala, à sua espera. Novamente a psicomotricista tentou sugerir jogos e a atividades com as quais a Maria não cooperou permanecendo sentada. Assim, a terapeuta decidiu iniciar uma brincadeira sozinha, e sabendo que a Maria gosta de princesas, fingiu estar a construir um castelo. Enquanto o construía, a terapeuta falava sobre a princesa e sobre o castelo, e percebia que Maria a observava atenta. Passado algum tempo a Maria aceita vir colaborar com a terapeuta. E vai buscar alguns materiais que coloca junto da psicomotricista. Esta vai incluindo os materiais e a terapeuta pergunta se os pode colocar em determinado lugar, e a Maria responde afirmativamente com a cabeça e por vezes esboça um sorriso. No final da sessão sorriu no reencontro com a mãe e calçou-se sozinha.

Na segunda sessão no ginásio, a Maria veio com a terapeuta para a sala, revelando bastante entusiasmo. Acedeu a escrever o seu nome no quadro, possuindo uma caligrafia muito harmoniosa. De seguida por sua iniciativa começou a mexer nos materiais e realizou uma construção semelhante à da sessão anterior, pelo que a

estagiária começou a ajudá-la, dando sugestões a que a Maria respondia através de comunicação não-verbal, ainda que pobre (aceno com a cabeça para o sim, e para o não realizava qualquer gestos). Revela uma boa compreensão do que lhe é pedido (e.g. vai buscar um objeto com determinada característica) e estabelece também algum contacto ocular. Relativamente ao toque, verificava-se que este gerava tensão, uma vez que se manifestava alguma rigidez. Na primeira sessão em grupo, foi novamente necessário que a mãe acompanhasse a Maria até à sala. Não aceitou escrever o seu nome no quadro e não respondeu às perguntas das outras meninas bem como às suas propostas de brincadeiras. Não afirmou os seus interesses e ficou numa cadeira a observar as colegas.

Nos aspetos psicomotores, as dificuldades relacionam-se essencialmente com a tonicidade, dada a rigidez postural. A lateralidade é também uma área com dificuldades tendo-se depois percebido que a Maria não é capaz de seguir pistas verbais como direita e esquerda. A noção de corpo é uma das áreas fortes neste domínio, dado que é capaz de identificar e corresponder as várias partes do corpo.

Dados da Avaliação Formal

O DAP (figura 2), foi aplicado em janeiro de 2014, e a Maria obteve um perfil "mediano" uma vez que os desenhos são adequadas à sua faixa etária. Opta por desenhar com lápis de cor, embora as colegas tenham preferido usar marcadores. Os desenhos são diferentes no seu tamanho e organização, mas todos apresentam os principais segmentos corporais, acrescentando a menina pormenores aos desenhos (casas, céu, borboletas), que para Widlöcher (1971) pode traduzir uma criança sensível. O desenho do homem é o mais pequeno, e na tentativa de desenhar algum pormenor, rasgou a folha com o lápis, apesar de no geral ser um desenho com cores muito ténues. O desenho da mulher apresenta um sorriso, roupas de cores quentes e cabelo comprido como elemento diferenciador. No desenho dela própria, a Maria pinta o cabelo de loiro (ela tem cabelos castanhos), acrescentando sol e nuvens no seu desenho. Os desenhos de figuras femininas são apenas distinguíveis através do cabelo, pois as mulheres são sempre representadas de calças. Não separa muito os desenhos, e o desenho do homem não apresenta elementos diferenciadores e que o tornem "masculino".

Relativamente à BASC na versão para pais e professores, esta foi entregue em dezembro de 2014 tendo sido devolvida em janeiro de 2015.

Assim, através do questionário preenchido pelos pais, para o perfil clínico (gráfico 6) verifica-se que apenas uma subescala apresenta resultados clinicamente significativos, i.e. $T \geq 70$, sendo essa a escala de isolamento ($T=85$). Vários estudos mencionam a frequente ligação entre o isolamento e o MS (Viana, Beidel & Rabian, 2009) mesmo não

existindo problemáticas ao nível da linguagem, a timidez, a inibição e isolamento social são frequentemente associados ao mutismo seletivo (APA, 2013).

Não existem subescalas em risco i.e., $60 \geq T \leq 69$. Seriam esperados valores significativos na subescala de ansiedade, dado o MS se incluir nas Perturbações da Ansiedade. Alguns estudos que recorrem ao preenchimento de questionários não têm verificado sintomas exagerados de ansiedade, em crianças com Mutismo Seletivo, apesar de a problemática integrar as perturbações da ansiedade (Yeganeh, Beidel, Turner, Pina & Silverman, 2003).

No perfil adaptativo (gráfico 7), traçado através das respostas dos pais, verifica-se que foram obtidos valores em risco, i.e., $31 \geq T \leq 40$, na subescala de adaptabilidade ($T=39$). As restantes subescalas, e.g. competências sociais ($T=26$), liderança ($T=25$) e na componente de competências adaptativas ($T=25$) apresentam valores clinicamente significativos. Isto seria de esperar dado que as PA são frequentemente associadas a um pobre rendimento escolar e a baixas competências sociais (Kratochwill, 2014).

No questionário entregue na escola, para o perfil clínico (gráfico 8) os resultados clinicamente significativos, i.e. $T \geq 70$, verificaram-se nas seguintes subescalas: problemas de aprendizagem ($T=71$), isolamento ($T=87$) e índice de sintomas comportamentais ($T=70$). Como subescalas em risco i.e., $60 \geq T \leq 69$ apresentam-se as subescalas de: problemas de atenção ($T=62$), capacidades escolares ($T=67$) e atipicidade ($T=67$). Stone, Kratochwill, Sladzeck & Serlin (2002) salientam que muitas vezes as avaliações realizadas às crianças com MS refletem dificuldades académicas, o que se poderá não refletir os seus verdadeiros níveis académicos dadas as dificuldades de expressão.

No perfil adaptativo traçado através das respostas dadas pela professora (gráfico 9), verifica-se que todas as subescalas possuem significado clínico, uma vez que $T \leq 30$, o que também seria de esperar para esta problemática.

d) Elementos critério

Com base nos elementos recolhidos através da entrevista inicial e de todo o processos de avaliação foi possível apontar os elementos critério para a compreensão da criança e da sua expressão de sintomas i.e., ausência de discurso em vários contextos, tendência para o isolamento, comprometimentos nas aprendizagens escolares e nos relacionamentos com os pares) foram estabelecidos como elementos critério a timidez e inibição da Maria, os relatos de comportamentos inibidos por parte da mãe e do pai, pais protetores, não ingresso na pré-escolaridade.

e) Hipóteses explicativas

A etiologia das PA e do MS não se encontram esclarecidas, crendo-se que para isso coocorram alguns fatores de risco e de manutenção (Teiga, 2014) que a Maria apresenta e.g. fatores genéticos e envolvimento (Viana, Beidel & Rabian, 2009).

Relativamente aos fatores genéticos podemos considerar a timidez, inibição e isolamento que os familiares descrevem (mãe e pai), sendo no caso da mãe a timidez e inibição observáveis durante as conversas e entrevista iniciais. Alguns estudos têm revelado uma incidência elevada de patologia na família das crianças com mutismo seletivo e desarmonia parental (Remschmidt, et al., 2001; Cline & Baldwin, 2004; Chavira et al., 2007). Outros autores referem que os pais das crianças com mutismo seletivo tendem a revelar traços de ansiedade (Schwartz, Freedy & Sheridan, 2006; Manassis, 2009; Dulcan, 2010). As famílias são descritas como mais introvertidas e tímidas, existindo fortes laços entre mães e filhos, com problemas ao nível da separação e individualização (Sharkey et al., 2008). É importante sublinhar a fraca convivência da Maria com o pai, sendo este descrito como um homem "de poucas palavras" pela mãe. Este facto pode ter comprometido os processos anteriormente descritos.

Além disso, o próprio temperamento da Maria descreve um padrão de timidez e inibição que se verificou desde sempre, muito antes da efetivação do diagnóstico (Sharkey et al., 2008). McHolm, Cunningham & Vanier (2005) referem que muitas vezes este quadro temperamental pode dificultar a adaptação ao ambiente escolar, o que se verificou no caso da Maria.

Através de investigação tem sido verificado o impacto benéfico do ensino pré-escolar (Gormley, Gayer, Phillips & Dawson, 2005). São ainda reconhecidos os efeitos benéficos no desenvolvimento sócio emocional da criança (Weiland & Yoshikawa, 2013). A Maria teve poucas oportunidades de se relacionar com outras crianças, e quando visitava os primos, estes já a conheciam e acomodavam-se à sua forma de discurso e brincadeira alternativos, que para López-Herrero (2000) pode contribuir para promover a falta de *skills* sociais e de uma comunicação adequada.

O isolamento na infância, segundo Ladd, Kochenderfer-Ladd & Rydell (2010) deve ser considerado, uma vez que gera um padrão de respostas inibidor da aquisição de comportamentos adaptativos e pode provocar dificuldades de adaptação no meio escolar. Os mesmos autores sublinham ainda que as competências sociais estão diretamente ligadas à adaptação ao meio escolar. Assim a Maria, através do isolamento que experienciou, poderá não ter estimulado e potencializado as suas habilidades sociais e comunicativas.

Relativamente a fatores de nível ambiental pode constatar-se a proteção por parte da família, tanto pela mãe como pela avó paterna, figuras exclusivas com que conviveu até ao ingresso na escola primária. A proteção de que beneficiou pode ter contribuído para a manutenção da ausência da fala em contextos alargados, uma vez que a menina raramente se relacionava com pares da sua idade até à entrada na escola (López-Herrero, 2000).

f) Perfil Intra-Individual

Através dos dados recolhidos pela avaliação inicial e através das hipóteses explicativas, foi estabelecido o perfil intra-individual apresentado pela tabela 10.

Tabela 10 - Perfil Intra-Individual, estudo de caso II

Domínios	Psicomotor	Áreas Fortes	Áreas a melhorar	
		Noção do corpo	Lateralidade	
			Estruturação Espaço-Temporal	Equilíbrio dinâmico
				Coordenação de movimentos em ambos os membros
	Cognitivo	Estruturação Espaço-Temporal	Tonicidade	
			Compreensão	Comunicação verbal
			Capacidade de exploração do espaço/materiais	Gestão de situações geradoras de tensão
		Capacidade de imaginar		
	Sócio-Emocional	Empatia e motivação	Expressão de interesses perante os pares	
		Pede ajuda quando necessário	Capacidade de afirmação dos seus desejos	
		Cooperação e ajuda as colegas	Partilha e expressão sentimentos	
			Postura tímida/retraída	

g) Objetivos Terapêuticos

Considerando o perfil intra-individual traçado anteriormente, foram construídos os objetivos terapêuticos, de nível geral e específico, que constam na tabela 11.

Tabela 11 - Objetivos gerais e específicos por domínios, estudo de caso II

Domínio Psicomotor	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Aumentar a capacidade de equilíbrio dinâmico	Ser capaz de controlar o corpo em situações de deslocamento pelo espaço, realizando reequilibrações se necessário
Desenvolver a capacidade de modulação tónica	Descontrair em situações de retorno à calma
	Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade
Desenvolver o reconhecimento direita-esquerda	Ser capaz de reconhecer direita e esquerda em si e no outro;
	Ser capaz de ajustar os movimentos perante estes constrangimentos
Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-podal	Ser capaz de realizar atividades que impliquem acertar num alvo (i.e., coordenar movimentos perante referências perceptivo-visuais), com um planeamento motor adequado

Domínio Cognitivo	
Promover a capacidade de comunicação verbal	Realizar verbalizações nos jogos que envolvem dramatizações
	Ser capaz de expressar verbalmente as suas opiniões e sugestões
	Aumentar a quantidade de momentos em que existe expressão verbal
Desenvolver mecanismos para enfrentar situações geradoras de tensão	Ser capaz de dar sugestões, i.e., expressar a sua opinião em relação ao que gosta e não gosta
Domínio Sócio-Emocional	
Desenvolver as Competências e Relações Interpessoais	Aumentar a capacidade de iniciativa e participação (dar sugestões e ideias para a sessão)
	Permanecer em atividades que impliquem a formação de pares e ser capaz de realizar a atividade com sentido
Promover a capacidade de afirmar desejos e interesses perante os pares	Expressar-se quando as ideias das colegas não vão de encontro aos seus interesses
	Comunicar os seus desejos, motivações e interesses
Promover a expressão de sentimentos e emoções	Ser capaz de revelar sentimentos como tristeza, desconforto, desaprovação de forma adequada

h) Acompanhamento e Evolução

A intervenção com a Maria teve início em dezembro de 2014 e terminou no início de julho de 2015. Após as duas sessões individuais, as sessões realizaram-se em contexto de grupo, uma vez ser a metodologia de intervenção mais adequada (ponto 4.2.2. Sessões em grupo ou sessões individuais). O grupo era formado por mais 3 meninas, duas com a mesma problemática que a Maria e uma com características opostas, ficando assim assegurada a complementaridade. É de salientar que na maioria das sessões estiveram apenas presentes mais duas meninas, dado que uma menina faltou bastante ao longo do ano letivo.

No início da intervenção, foi proporcionada à Maria uma exploração dos materiais bem como do espaço. Dada a inibição da menina, a psicomotricista teve que criar estratégias para motivar a criança, de modo a criar uma base segura e uma relação terapêutica forte que promovesse a iniciativa, o gesto espontâneo, a curiosidade e o jogo. Assim foram demonstradas à criança várias possibilidades de exploração, de modo a que ela revelasse motivação para agir e relacionar-se com o espaço e materiais. Sem criar pressão ou exigir algo da Maria, respeitando o seu tempo e a sua individualidade. Gradualmente a menina foi desenvolvendo desejo pelo jogo e pela exploração, colaborando primeiro nas construções da terapeuta e posteriormente fazendo as suas próprias construções, aceitando a colaboração da terapeuta. Através da partilha gerada pelas experiências descritas, a Maria desenvolveu aspetos fundamentais, e.g. experiências sensoriomotoras que possibilitaram um incremento na sua autoconfiança e segurança (Rodriguez & Llinares, 2008). Outra estratégia utilizada pela psicomotricista foi

a imitação, referindo Stern (1985) que a imitação pode servir como um modo de acesso ao espaço do outro, no sentido de estimular a partilha de experiências e emoções.

Na intervenção em grupo, inicialmente a Maria não partilhava aspetos da vida diária, não participava nas atividades, brincando sozinha. Nesta fase preferia atividades como saltar no trampolim e para a piscina. A psicomotricista tentou promover novas atividades e introduzir e trocar objetos com as colegas, de modo a favorecer a comunicação entre ambas. Também se procurou interligar as atividades de modo a que todas tivessem que interagir

Mediante incentivo da terapeuta a Maria integrou atividades sugeridas pelas colegas. Muitas vezes as atividades sugeridas passavam pela representação de histórias conhecidas de todas bem como de aspetos do quotidiano (e.g. ida à praia, cabeleireiro, ida ao veterinário), o que implica forte componente simbólica e expressiva, dado que cada menina recebia um papel. A Maria preferia quase sempre papéis em que era cuidada, e.g. princesa doente ou brinquedo estragado). Eram papéis que requeriam cuidados por parte da terapeuta. Assim, a Maria procurava proximidade com a psicomotricista, sendo estes tempos aproveitados para introduzir alguns aspetos de relaxação, através de mediação verbal.

Através da maior atenção, interesse e participação nas atividades do grupo, foi possível para a Maria revelar os seus interesses e a marcar presença por eles. Em determinada situação de uma destas histórias a psicomotricista pergunta às meninas quem seria a primeira e a Maria rapidamente levanta o braço e diz "Eu!". Progressivamente a Maria integrou-se mais nas sessões, e aceitava escrever a data e os nomes das colegas, que sabia e escrevia no quadro. Nos momentos iniciais, apesar de não verbalizar recordava as atividades de sessões anteriores, e.g. escrevia palavras relacionadas no quadro.

No caminho para a sala terapêutica a Maria começou a vir com as colegas, correndo, sem ter que ser acompanhada pela mãe, também procurou ser ela a abrir a porta, imitando os interesses e comportamentos das colegas. A imitação dos pares pode ser entendida como uma forma de expressão simbólica, dado que para Wallon (2008) liga a imitação ao surgir da função simbólica. Além disso, o mesmo autor entende a imitação como apresentando uma vertente comunicativa, assim esta imitação pode também ser entendida como uma forma de expressar desejos e de se diferenciar. O facto de se interessar por abrir a porta revela ainda um desejo de autonomia.

Nas atividades que eram desenvolvidas, a Maria foi-se progressivamente interessando pelos papéis que requeriam maior relevo na história, e.g. fada que enfrenta

o monstro e salva as irmãs. Através dos incentivos da terapeuta a Maria, e da ponte feita entre comunicação verbal e não verbal a criança aumentou o seu repertório verbal e não verbal. Assim, começou a utilizar mais gestos na sua comunicação (e.g. dormir, comer, tomar banho, cozinhar) e a reproduzir sons (e.g. campainha, carro, buzina).

Através dos sinais dados pela Maria, era possível perceber que as sessões estavam a ser prazerosas (e.g. queria sempre vir para sala, e vinha correndo com as colegas, demonstrava empenho e motivação escolhendo papéis progressivamente mais relevantes) facto confirmado pela avó e pela mãe, referindo que em casa a Maria dizia que gostava muito das sessões, sabendo sempre qual o dia em que se realizavam.

Nesta fase da intervenção a Maria começou a ficar mais próxima de outra menina com a mesma problemática, procurando ambas formarem pares nos jogos. Na atividade em que se simulou uma ida à praia, a Maria espontaneamente realiza o gesto de pôr creme protetor e finge estender a toalha. São cada vez mais frequentes os sorrisos. Em atividades que requeriam a encenação de uma personagem, escolhe as peças de roupa adequadas e afirma os seus gostos, batalhado pelos objetos que mais são do seu agrado.

Numa das sessões a outra das não sabia do seu cão de peluche, por isso todas as meninas o foram procurar. Como a terapeuta o encontrou primeiro, não disse nada e procurou que através de pistas verbais as meninas encontrassem o brinquedo. Depois de encontrado, a Maria escondeu propositadamente um objeto, demonstrando assim confiança para propor uma atividade de modo espontâneo. E por gestos comunicou às colegas o que desaparecera. Todas voltaram novamente a procurar e a terapeuta deu instruções verbais. Na sessão seguinte, a atividade proposta foi esse jogo, uma menina escondia e as outras procuravam. Foi aí que surgiram as primeiras verbalizações da Maria, repetindo as pistas verbais "quente e frio", guiando a sua colega na busca do objeto. Nas sessões seguintes, quando questionada sobre as atividades pretendidas para a sessão, dizia pequenas palavras e.g. sereias ou princesas.

Assim, a Maria revelou uma maior interação com o adulto e com as colegas. Tendo sido possível introduzir atividades de relaxação com mediação de objetos (e.g. ida ao spa). A mediação foi feita através de bolas, uma vez que grande parte do corpo se encontrava submerso na piscina de bolas. A Maria foi capaz de permanecer por bastante tempo em imobilidade, mas também mudou de posição, escolhendo aquela mais prazerosa (de lado com a cabeça apoiada no bordo).

A Maria foi também progressivamente capaz de passar de um papel de cuidada, para um papel de cuidadora, isto foi observável através de atividades que requeriam

estas competências, e.g. ida ao veterinário. A Maria simula o dar banho ao seu cãozinho, escovar, dar a comida e depois da ida ao veterinário dá os remédios. Assim, a Maria revelava maior segurança nas relações estabelecidas com o grupo e com ela mesma, dado que já arriscava e trazia ideias para as sessões. Numa das sessões finais, a menina partilhou o nome da irmã com as colegas.

Na fase final da intervenção, verifica-se que a Maria desenvolve atividades com as colegas, comunicando com estas, algumas vezes verbalmente e.g. brincadeira de esconder objetos e outras vezes através de gestos e.g. vai dar um objeto à colega e sorri. Verifica-se também que construiu relação com as outras crianças, uma vez que as ajuda a construir brincadeiras, recorda-as quando faltam e as integra nas atividades que escolhe. É visível também que a Maria está mais confiante, assumindo papéis cada vez mais importantes nas brincadeiras e estabelecendo contato ocular quer com as colegas bem como com a terapeuta. Além disso revela-se mais independente e com iniciativa para fazer as suas escolhas, tendo deixado de ficar ansiosa com o momento de ir para a sala terapêutica.

i) Resultados

A avaliação final da Maria decorreu no final de julho, 26 sessões depois da avaliação inicial. Em seguida são apresentados os resultados da intervenção, analisando-se as diferenças dos dois momentos de avaliação, no que respeita à BASC e ao DAP. Os resultados da observação psicomotora encontram-se descritos no ponto anterior, uma vez que se relacionam com a evolução da criança ao longo da intervenção. Relativamente à BASC, analisando o gráfico 6, onde se traduz o perfil clínico traçado pelos pais da Maria, verifica-se uma redução na expressão sintomática em quase todas as subescalas. Assim, verifica-se que a subescala de isolamento (T=66) deixa de ter significado clínico e passa apenas a ser considerada em risco. A pontuação da subescala de ansiedade (T=46) apresentou um ligeiro aumento, porém é de sublinhar que esta não se encontra em risco. A diminuição sintomática em praticamente todas as subescalas, parece traduzir maior capacidade de autorregulação emocional (Marcelli & Cohen, 2010).

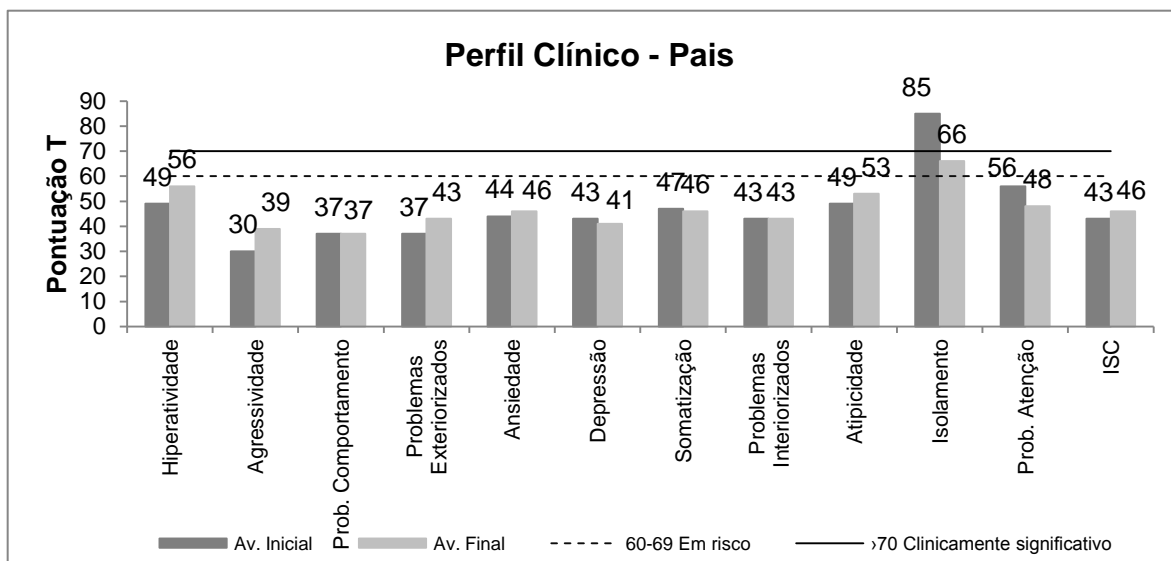


Gráfico 6 - Resultados, BASC pais, perfil clínico, estudo de caso II

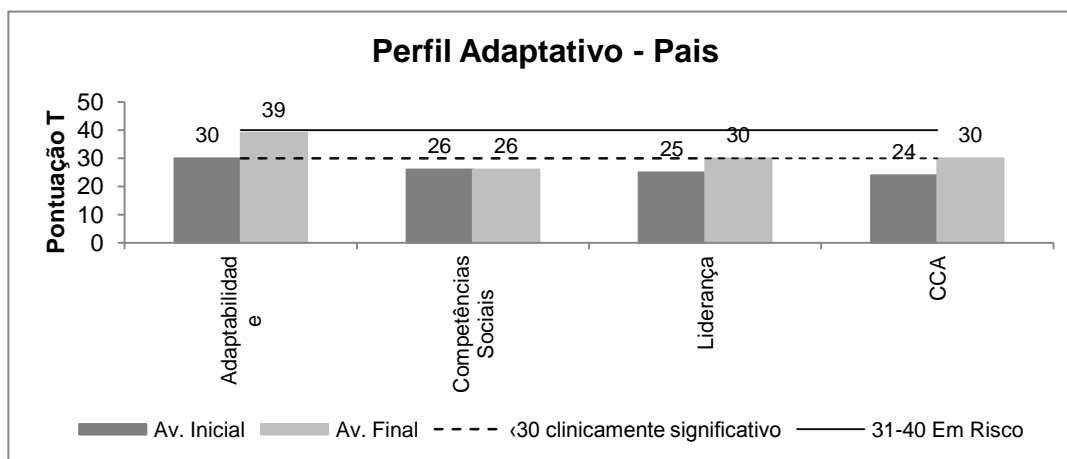


Gráfico 7 - Resultados, BASC pais, perfil adaptativo, estudo de caso II

Relativamente à subescala de isolamento, verifica-se que a mãe da Maria aponta que esta se recusa menos vezes a desenvolver atividades com outras crianças, manifestando também menos necessidade da proteção da mãe em ambientes menos familiares.

Para o perfil adaptativo construído através das respostas dos pais (gráfico 7), verifica-se que apenas a subescala de competências sociais continua no patamar de risco. As restantes subescalas deixam de possuir significado clínico, passando para o patamar de risco. A mãe refere que a Maria está mais disponível para partilhar brinquedos e brincadeiras, quer estar na presença da mãe, mas procura ajudá-la ao invés de querer apenas a sua atenção.

Analisando as respostas dadas pela professora da Maria, verifica-se que no perfil clínico (gráfico 8), algumas subescalas registaram valores mais elevados, ainda que de modo ligeiro, isto pode ser entendido como uma maior atenção sobre a problemática da criança (Reynolds & Kamphaus, 1992) podendo também dever-se à modificação do comportamento da criança, e.g. a Maria está mais capaz de afirmar os seus interesses. Convém também referir que esta professora se ausentou da escola durante um período de dois meses.

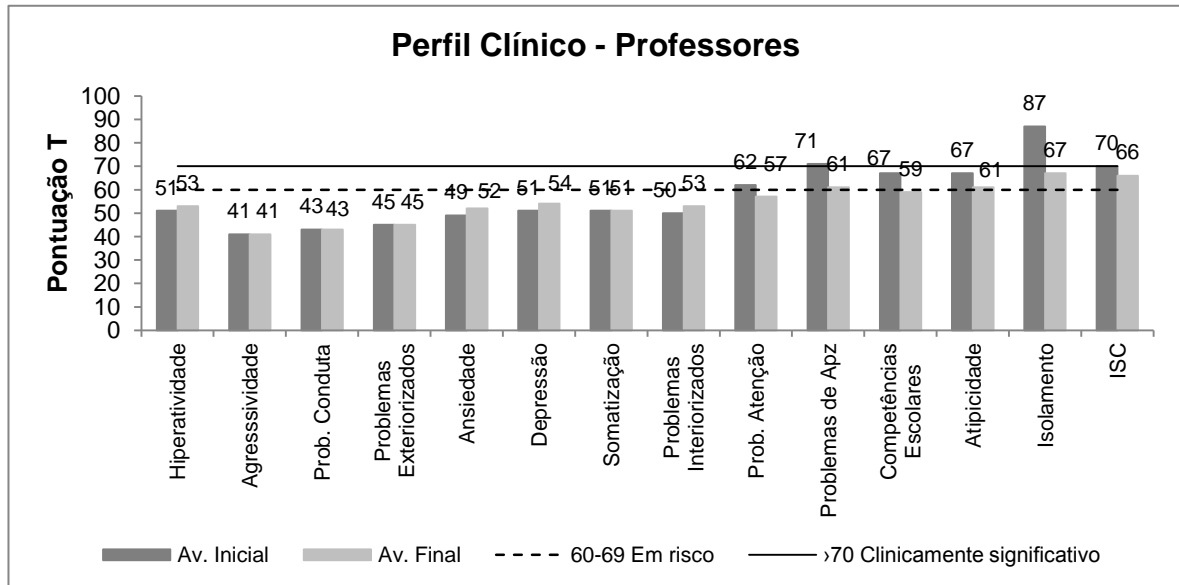


Gráfico 8 - Resultados, BASC Professores, perfil clínico, estudo e caso II

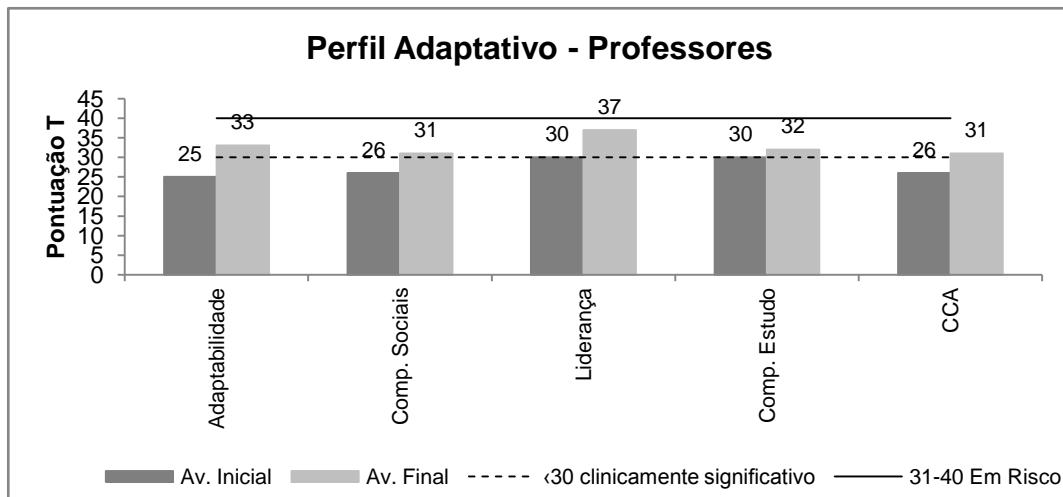


Gráfico 9 - Resultados, BASC Professores, perfil adaptativo, estudo e caso II

Os problemas de aprendizagem (T=61) deixaram de ser uma subescala clinicamente significativa, situando-se apenas na zona de risco. A professora refere que a Maria já completa testes, erra cada vez menos por descuidos e já soletra algumas palavras. Para a subescala referente aos problemas de atenção (T=57) verifica-se que a

subescala deixou de se incluir no patamar de risco, tendo a professora referido que presta mais atenção a atividades de leitura, referindo ainda um maior grau de concentração. No caso das competências escolares (T=59) verificou-se uma diminuição da sintomatologia associada, tendo a Maria criado hábitos de estudo e apresentando maior confiança em situações de avaliação.

Apesar de ainda se considerarem em risco, as subescalas de isolamento (T=67) e o índice de sintomas comportamentais (T=66) manifestaram descidas consideráveis. A Maria já vai para o recreio com os colegas e brinca cada vez menos sozinha.

Relativamente ao perfil adaptativo traçado pela professora (gráfico 9), verifica-se que nenhuma das subescalas possui significado clínico, em contraste com a avaliação inicial onde todas se revelavam com significado clínico. Assim, as componentes do perfil adaptativo, situam-se agora na zona de risco.

Relativamente ao DAP os resultados podem ser facilmente comparados através da imagem 2. Na primeira e segunda avaliação, os desenhos da Maria situam-se num patamar mediano, no entanto, verificam-se diferenças entre as duas provas. Na segunda representação, a Maria revela-se mais disponível para a tarefa e dedicando-lhe mais atenção. Escolhe desenhar com marcadores e realiza desenhos maiores e tal como no DAP inicial bastante coloridos, o traçado é menos rígido. O cabelo continua a ser um pormenor ao qual a menina dá muita atenção, dando-lhe sempre enfoque mas já não se representa com cabelo loiro. O pescoço surge bem marcado e as roupas continuam a diferenciar bem o género das figuras representadas. É bem notado que a representação masculina foi mais investida, com a presença de uma representação mais atenta, com mais pormenores e elementos que permitem identificar a figura como sendo masculina. Os rostos de todos os desenhos possuem mais pormenores, e.g. olhos, pestanas e bocas e a proporcionalidade entre os segmentos corporais é mais adequada.

Como já foi referido verifica-se que a Maria realiza desenhos maiores e se concentra melhor na tarefa. No final da tarefa mostra desejo de partilhar os seus desenhos com a terapeuta e as colegas.

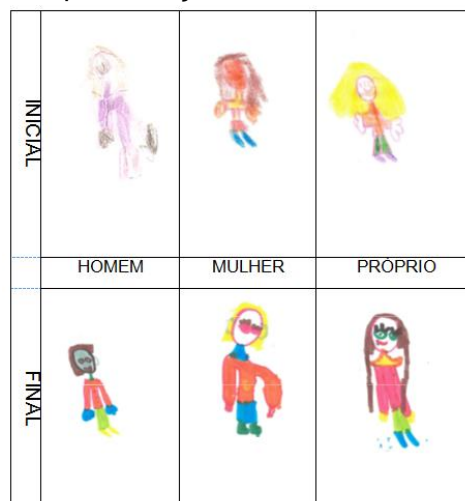


Imagem 2 - Resultados da aplicação do DAP, estudo de caso II

j) Discussão dos Resultados

A psicomotricidade promove a relação afetiva e emocional com o próprio corpo e com o outro, com o mundo dos objetos, com o espaço e o tempo, estimulando o domínio do corpo, de modo a controlar emoções, possibilitando experiências corporais que fundamentam a identidade (Boscaini, 2012; Fonseca, 2012). Os resultados da intervenção com a Maria foram bastante positivos, dado que se alcançaram 93,3% dos objetivos formulados no início da intervenção. O único objetivo não alcançado na sua plenitude diz respeito à comunicação verbal, pois apesar de a Maria expressar os seus gostos e interesses, através de algumas verbalizações e gestos, ainda não o realiza através de frases. Na relação com as colegas, já verbaliza em alguns momentos, i.e., em alguns jogos.

Assim foi fundamental a valorização psicoafetiva e na relação com os pares, foi possível a expressão de conflitos e desejos internos, tal como afirma Martins (2001a). Assim a Maria teve oportunidade de promover a sua expressão e comunicação num ambiente contendor. É de salientar que a psicomotricidade pelo facto de contemplar todas as formas de comunicação (e.g. verbal, não verbal, expressão corporal, gráfica) se verificou benéfica, uma vez que a terapia não colocou pressão exagerada na comunicação verbal, oferecendo deste modo um ambiente seguro (Hulquist, 1995).

A intervenção em grupo, é entendida por Lapierre & Aucoeur (1982) como um meio privilegiado de intervenção e por Onofre (2003) como um espaço gerador de sensibilidade e conhecimentos. As vivências geradas no grupo, foram fundamentais para a promoção das competências da Maria. Assim através de diferentes modos de comunicação, da troca de experiências, da afirmação dos interesses, da expressão espontânea, da cooperação (Onofre, 2003), foram promovidas diversas competências sociais. Paralelamente, o grupo ao promover atitudes de coragem, incentivo e descoberta (Costa, 2008) criou consequentemente sentimentos de eficácia e competência.

O envolvimento da família foi também importante no processo terapêutico, vindo a Maria sempre acompanhada pela mãe e pela avó, que sempre procuravam saber das evoluções da Maria no grupo e que comunicavam as evoluções sentidas em casa. Freitas & Malpique (2014) referem a importância da família no fortalecimento da intervenção terapêutica, que consequentemente favorece uma intervenção transformadora e promotora de desenvolvimento.

O pai da Maria não conseguia vir às reuniões marcadas por questões de trabalho, mas através de sugestões feitas à mãe da Maria pediu-se que este se realizasse mais atividades com a menina. A mãe refere que isso aconteceu de modo bastante natural,

pois com o nascimento da irmã da Maria, o pai ficou mais responsável pela Maria e.g. ajuda com os trabalhos de casa e idas ao parque, permitindo-se assim uma relação triangular.

A relação terapêutica também foi importante, dado que através das interdependências e partilha (Maximiano, 2004) foi possível promover a comunicação consigo mesma, permitindo uma relação com o mundo dos objetos e com os seus pares.

Através dos resultados da avaliação final constata-se que a Maria está mais confiante nas relações que estabelece, tendo desenvolvido relações com outras crianças. É capaz de afirmar os seus interesses através de gestos, mímicas ou pequenas palavras, revelando-se capaz de enfrentar atividades de competição bem como atividades que impliquem representação em frente aos elementos do grupo e terapeuta. Também se revela já capaz de iniciar jogos com outras crianças, que envolvem pequenas verbalizações. O jogo através da sua forte carga simbólica, atua como um poderoso mecanismo de integração, elaboração e transformação de experiências concretas em material simbólico (Potel, 2010), sendo assim possível a transformação da realidade interna da Maria.

Verificaram-se evoluções importantes que permitiram à Maria benefícios em diversos contextos, importa no entanto dar continuidade à intervenção psicomotora, no sentido de minimizar a problemática que apresenta.

6. Dificuldades e limitações

Durante o período de estágio foram realizadas diversas aprendizagens no âmbito profissional, bem como a nível pessoal. No entanto foi necessário ultrapassar várias dificuldades e limitações que surgiram e que não devem deixar de ser mencionadas.

A primeira das dificuldades prende-se com a estagiária não estar familiarizada com a realidade do estágio, ainda que o motivo de escolha do local se tenha prendido com isso. Assim, o contexto de saúde mental infanto-juvenil e o modelo de intervenção presente na CE, exigiu o assumir de um desafio, requerendo tempo de pesquisa, para aprofundar conceitos e modelos, surgindo frequentemente dúvidas que necessitavam de esclarecimento. Um aspeto que permitiu o esclarecimento das dúvidas foram as reuniões de equipa, onde se verificava o confronto com a linguagem usada no âmbito psicodinâmico, permitindo organizar conceitos, bem como explorar outros. Também através de conversas com o orientador local foi possível uma melhor compreensão e conhecimento do modelo de funcionamento do local de estágio, bem como perceber quais as áreas que necessitavam de maior exploração e estudo.

Outra dificuldade relacionou-se com a metodologia de intervenção psicomotora, que sendo um âmbito relacional necessita de grande flexibilidade, espontaneidade e capacidade de improvisar. Apesar de a estagiária ter investido grande tempo a familiarizar-se com a temática continuava assim a ser ainda assumida como algo novo. No entanto, com o decorrer do estágio estas dificuldades foram ultrapassadas e também com o aumento de responsabilidade e implicação na equipa, a psicomotricista foi ganhando confiança e segurança na intervenção realizada.

Por diversas vezes surgiram limitações ao nível da procura teórica relativamente a informação sobre a intervenção psicomotora em determinadas psicopatologias, sendo também frequente a dificuldade no acesso e a falta de informação relativamente aos processos das crianças atendidas. Outras dificuldades surgiram na transmissão de informação, e.g. telefonemas para a clínica não comunicados à estagiária, telefonemas não realizados a pedido da estagiária, bem como a não atualização dos processos. Para contornar estas dificuldades, a estagiária procurou atualizar os processos sempre que possível e procurou manter o contacto telefónico com os pais, através do telefone do gabinete de psicomotricidade.

O determinar de um gabinete para o serviço de psicomotricidade foi uma mais valia, no entanto, como o gabinete era ocupado por outros técnicos fora do horário das atividades de estágio e acumulava materiais diversos, muitas vezes verificavam-se dificuldades em manter organizado o material da psicomotricidade, e.g. testes e questionários, bem como materiais que não podiam ser guardados na sala terapêutica e.g. desenhos do corpo em papel de cenário.

Dada a grande quantidade de crianças atendidas, a duração das sessões teve que ser reduzida para trinta minutos, um espaço de tempo que se considera algo abaixo do benéfico para que a sessão tenha diversos momentos e seja maximizada a sua capacidade transformadora. Assim, em sessões de grupo, devido à falta de tempo, não permitiam que em todas as sessões as crianças pudessem sugerir uma atividade.

Outro facto prende-se com a falta de recursos humanos e materiais. Assim existiam crianças que dada a falta de horário e técnicos beneficiavam apenas de uma sessão em grupo, sendo também benéfico que recebessem uma sessão individual, porém como não era possível realizar sessões de psicomotricidade no período da tarde, era-lhes impossível comparecerem.

Relativamente ao atendimento dos pais, ainda devido ao elevado número de crianças seguidas, muitas vezes existia dificuldade no agendamento de reuniões de esclarecimento de dúvidas, uma vez que raramente existiam intervalos entre as sessões.

No entanto, por outro lado, existiam famílias pouco participantes no processo terapêutico dos filhos, não interagindo com a psicomotricista, não realizando quaisquer perguntas ou exposição de dúvidas. Nestes casos, apesar de a estagiária procurar conversar e tentar perceber as problemáticas associadas, bem como explicar a importância da sua participação no processo terapêutico. Muitas vezes, esses pais também não se preocupavam com a assiduidade às sessões de psicomotricidade, ficando o processo terapêutico comprometido através desses aspetos a que se somava a não entrega dos questionários da BASC preenchidos ou a entrega tardia, ficando assim comprometida a replicação do instrumento.

Outra limitação surge na comunicação com os professores, verificando-se que por diversas vezes estes não preenchiam a BASC, se atrasavam a preencher, ou não a devolviam. Muitas vezes a devolução do questionário revelava um preenchimento incompleto.

7. Atividades formativas complementares

Paralelamente às atividades de estágio foram ainda desenvolvidas outras atividades que se apresentam de seguida.

7.1. Reuniões Semanais do Núcleo de Estágio

As reuniões do núcleo de estágio em saúde mental decorreram normalmente às segundas-feiras ao longo do período letivo do ano 2014/2015, excetuando alguns dias em que o horário teve que ser alterado. No total realizaram-se 26 reuniões de grupo nas quais foram apresentados trabalhos realizados, em conformidade com as necessidades e interesses de cada aluna. Foram também apresentados estudos de caso em acompanhamento no local de estágio, havendo em todas as reuniões lugar para a troca de experiências e reflexões em conjunto. O trabalho teórico com o título "Psicanálise e os contos de fadas", bem como os dois estudos de caso apresentados pela estagiária encontram-se em anexo (ver Anexos XIX, XX e XXI). Houve ainda espaço nas reuniões para a realização de apresentações em jeito de simulacro, nas quais eram apresentados os trabalhos que posteriormente iriam ser alvo de uma apresentação pública (e.g. o estudo de caso que a estagiária apresentou numa reunião de equipa na CE).

A presença e regularidade destas reuniões foram fundamentais para todo o desenvolvimento e incremento das capacidades adquiridas ao longo das atividades de estágio. Apelaram à capacidade de reflexão sobre o trabalho individual de cada elemento do grupo e também acerca do trabalho dos outros membros, uma vez que todas eram convidadas a pensar e refletir sobre as dúvidas e dificuldades expostas. As

apresentações dos estudos de caso, foram deveras enriquecedoras uma vez que permitiram esclarecer dúvidas, esquematizar e organizar corretamente os projetos terapêuticos, bem como perceber a qualidade e adequação desses mesmos projetos. As apresentações em jeito de simulacro permitiram aliviar a tensão associada à exposição pública, ganhar confiança e receber conselhos sobre alterações a fazer na apresentação formal.

7.2. Reuniões de equipa na Clínica da Encarnação

As reuniões de equipa na CE, realizaram-se todas as quartas-feiras, de outubro a junho de 2015, salvo algumas exceções. No total, a estagiária assistiu a 24 reuniões onde foram apresentados estudos de caso e alguns temas teóricos. Após a apresentação dos casos, estes eram discutidos, estando todos os presentes convidados a colaborar com sugestões. Através destas reuniões foi proporcionada uma maior proximidade com os profissionais da equipa, uma vez que através das descrições práticas ficou mais claro o trabalho de cada técnico. Também na sequência destas reuniões eram referenciados casos para a psicomotricidade, ou pedidas opiniões ao serviço de psicomotricidade.

7.3. Reuniões Inter-equipas

As reuniões inter-equipas, realizam-se na primeira quarta-feira de cada mês, no HDE e contam com a presença de todas as equipas do serviço de pedopsiquiatria do HDE. Em cada uma das semanas é planeado um tema a ser abordado e este é assumido por uma das equipas para depois ser apresentado. A estagiária assistiu a 6 reuniões.

7.4. Apresentações Públicas

Outra atividade complementar às atividades de estágio foram as apresentações públicas, que permitiram a aquisição de competências enquanto profissional no âmbito da saúde bem como a troca de informação e divulgação acerca do trabalho realizado. A estagiária em conjunto com Professor Doutor Rui Martins e a colega Sara Duarte realizaram um artigo intitulado "Depressão Infantil: Perda e Desesperança" tendo este sido apresentado pelo Professor Doutor Rui Martins na 34ª Universidade de Verão, Organizada pela Organização Internacional de Psicomotricidade e Relaxação, com o tema: *Síndrome(s) depressão(s) & expressão psicomotora, prevenção e terapêutica*.

Foi realizada pela estagiária uma apresentação de um estudo de caso numa reunião de equipa da CE, sobre o trabalho realizado no âmbito da psicomotricidade com uma criança com diagnóstico de PHDA (ver Anexo XXI).

7.5. Artigo

A redação de um artigo com o Professor Doutor Rui Martins e a colega Sara Duarte, foi outras das atividades complementares, que permitiram o aprofundamento de conhecimentos teóricos e a conjugação desses com os requisitos práticos. O título do artigo é "*Depressão Infantil: Perda e Desesperança*" tendo o resumo sido enviado para a Revista Iberoamericana de Psicomotricidade, sendo aguardada a publicação.

7.6. Iniciativas de Formação Adicional

Além das iniciativas específicas contempladas através das atividades de estágio, foram ainda realizadas algumas formações adicionais e a psicomotricista marcou presença em alguns eventos no sentido de complementar e adquirir mais conhecimentos.

Simpósio de Psiquiatria - 6º Simpósio do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, subordinado ao tema "Sobre o corpo e a mente", realizado nos dias 27 e 28 de Fevereiro de 2015, no Hotel Villa Rica, em Lisboa

IV Maratona de Psicomotricidade - Organizada pela Associação dos Estudantes da Faculdade de Motricidade Humana, 20 de Abril de 2015; Presença nas seguintes comunicações: "CEF - Abordagem Motivacional e Multissensorial nas Dificuldades de Aprendizagem", Dr. Renato Paiva; "Psicomotricidade Relacional em Jovens com Perturbações do Comportamento e de Oposição" Prof. João Costa

Short Talks de Empreendedores - Organizado pela FMH Inova. Relatos na primeira pessoa de antigos alunos da FMH que inovaram na sua área profissional, 27 de março, das 10h00 – 11h00

Seminário "O Corpo na Psicoterapia", promovido pela DevelopMind - Associação para a Promoção da Saúde Mental na Infância e Juventude, no dia 14 de março de 2015.

Presença no debate "***O Acolhimento na Infância e Juventude em Portugal - Respostas e Caminhos***" organizado pela DevelopMind - Associação para a Promoção da Saúde Mental na Infância e Juventude, no dia 17 de outubro de 2015.

Presença na apresentação pública do ***Lisbon Institute of Global Mental Health***, 16 de abril de 2015 na Fundação Calouste Gulbenkian.

CAPÍTULO III - Análise, reflexão e conclusões finais

A inscrição no mestrado resultou da enorme vontade de aprofundar conhecimentos e potencializar a experiência prática. Surgiu também a vontade de abraçar perspectivas diferentes das geradas através do estágio de licenciatura. Assim escolhi a CE com um enorme desejo de abraçar a saúde mental, desta vez com a população mais jovem. Através da escolha de estágio e do tempo de formação e aprendizagem consequentes, foi explorada e trabalhada a maturidade profissional almejada.

A psicomotricidade estudada e definida através da literatura é sempre diferente daquela que cada psicomotricista constrói, não existindo um modelo exato do que fazer com cada pessoa, porque cada pessoa é a sua realidade e cada pessoa constrói relações diferentes. Assim, dia 23 de outubro de 2014 entrei pela primeira vez na CE, e foi-me pedido que permanecesse na sala de espera, a observar. Apenas observar e ser observada. Talvez a tentar também encaixar-me no espaço e nas pessoas, nos sentimentos e expressões dos que por ali pairavam. Tentando buscar empatia, cumplicidade e sorrisos nos olhares que se atravessavam em mim.

Depois de nove meses na CE, sei que as funções desenvolvidas ultrapassaram a intervenção psicomotora, estando sempre implicada a relação com outros profissionais e com a comunidade, como as boas práticas recomendam, e também como o conceptualizado pelo RACP. O convívio, a livre conversa e a troca de ideias com outros profissionais deu-me um conjunto de vivências e experiências enriquecedoras. Uma vez que nenhum técnico trabalha sozinho.

Também nenhuma criança existe sozinha, como afirma Winnicott, sendo por isso sempre dada atenção a situações familiares, suportando as dúvidas dos pais, sendo empática com as possíveis dificuldades. Pensei muito nas qualidades do psicomotricista. Almeida (2008) propõem qualidades pessoais, i.e., maturidade, bem como interpessoais, e.g. implicação no caso e escuta empática. No entanto o psicomotricista não atua em todos os contextos da criança, nem possui superpoderes transformadores, pelo que sempre tentei contactar com as escolas, professores e educadores no sentido de compreender melhor a criança e mobilizar também respostas adequadas. Relativamente ao ambiente familiar, procurei a consciencialização dos pais no sentido de que determinadas condutas e estilos podem ser alteradas.

Foram sentidas várias dificuldades e surgindo situações problema que me fizeram querer pesquisar e saber mais, de modo a conseguir dar resposta aos desafios que nasciam diariamente.

Uma dificuldade que surgiu inicialmente foi relativamente a como trabalhar os objetivos terapêuticos, dada a intervenção não requerer um plano sessão. Assim foi exigido que eu fosse mais espontânea e tivesse uma atenção permanente relativamente aos interesses da criança, de modo a estimular e promover atividades que permitissem abordar as suas dificuldades. Foi necessário ser versátil, utilizando as sugestões e iniciativas da criança. Foi também importante ampliar a minha capacidade de observação, sempre com base na intencionalidade terapêutica, dando sentido à expressão motora, relacional e simbólica da criança. Foi difícil por vezes, vislumbrar a fronteira entre a expressão normal e patológica da criança. No entanto com o avançar do tempo e devido à pesquisa e familiarização com a população, foi mais fácil situar a criança e os seus comportamentos em função da sua idade, impacto, duração, contextos e história individual.

Outra dúvida frequente no início das atividades de estágio relacionava-se com a decisão sobre qual a melhor metodologia de intervenção, i.e., em grupo ou individual. Com a experiência, a decisão surgia com mais naturalidade, uma vez que possuía já conhecimento a cerca dos grupos formados, bem como das características da criança a integrar o grupo. Na intervenção com os grupos ficou claro que cada criança tem as suas próprias necessidades e as necessidades relativamente ao grupo, sendo imprescindível que a psicomotricista atenda às características do grupo e também de cada criança. Foi possível observar que a falta de assiduidade no grupo, trazia quase sempre implicações na integração do mesmo, bem como na otimização dos resultados da intervenção em psicomotricidade.

Relativamente ao elemento inovador, salientado nos objetivos do RCAP, foi promovido através de um trabalho de investigação e prático, através da elaboração de um artigo em conjunto com o Professor Doutor Rui Martins, onde foi possível aprofundar conhecimentos, fazendo a ponte com a prática dado que foi relatado um caso prático atendido pela psicomotricista. Além disso, o artigo foi apresentado na Universidade de Verão, da Organização Internacional de Psicomotricidade e Relaxação pelo Professor Doutor Rui Martins, tendo ainda sido enviado para a Revista Iberoamericana de Psicomotricidade. Além disso a estagiária auxiliou na promoção e divulgação da psicomotricidade, através da colaboração na Pasantia, *La psicomotricidad en el Transcurso de la vida: La intervención psicomotora en Educación y en Salud*, a estagiária serviu de elo entre as estudantes que participaram no evento e as algumas das instituições visitadas.

Referi por diversas vezes as dúvidas que surgiram no meu percurso. Para isso foi fundamental recorrer a bibliografia, recomendada pelos orientadores, que também por diversas vezes contribuíram com a sua sabedoria e experiência de modo a promover a minha evolução enquanto profissional. Realizei também, ao longo de todo o percurso, uma autoavaliação, através da elaboração de relatórios de sessão, o que me permitiu observar pontos e atitudes a melhorar, tal como sugerido pelo RCAP. Muitas vezes estas dúvidas eram questionadas e debatidas nas reuniões semanais do núcleo de estágio, com as minhas colegas e com a supervisão do Professor Doutor Rui Martins.

Relativamente a perspetivas futuras, espero continuar a investir na minha formação pessoal e profissional, no sentido de me fortalecer enquanto terapeuta, e se possível permanecer neste âmbito de intervenção.

Finalizando, o balanço geral é bastante positivo, salientando que o estágio decorreu de acordo com as expetativas e motivações iniciais. Contribuiu para o meu enriquecimento pessoal e profissional em grande escala, pelo que me levou a questionar-me, questionar as minhas escolhas e perceber que ao longo do meu percurso profissional terei que estar atenta à individualidade contida em cada pessoa. Percebi que será sempre necessária a escuta e discussão com outros profissionais, psicomotricistas ou não, construindo novos caminhos e desenhando novas oportunidades, criando novas ideias.

Percebi que será sempre preciso sonhar, construir e desconstruir, avançar, parar para pensar, dar um passo em frente, respirar, fazer acontecer.

"Não tenhamos pressa, mas não percamos tempo"

"Sempre chegamos ao sítio onde nos esperam"

José Saramago

Referências Bibliográficas

- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1989). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris: Masson.
- Albaret, J., Marquet-Doléac, J., Neveux, L. & Soppelsa, R. (2014). Apport de la psychomotricité au traitement des enfants TDA/H. *Archives de Pédiatrie*, 21, 320-321. [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-693X\(14\)71587-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-693X(14)71587-8).
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade: jogos facilitadores de aprendizagem*. Viseu: Psicossoma.
- Almeida, N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Almeida, N. (2008). O contacto com as famílias no contexto de observação/intervenção psicomotora. *A psicomotricidade*, 8(11), 59-66.
- Amato P. & Rivera F. (1999). Paternal involvement and children's behavior problems. *Journal of Marriage and Family*, 61(2), 375-84. <http://dx.doi.org/10.2307/353755>.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46,2, 267-283. <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000246070.23695.06>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. American Psychiatric Association, Washington.
- Anders, F. (1994). Infant sleep, nighttime relationships, and attachment. *Psychiatry*, 57(1), 11-21 <http://dx.doi.org/10.1521/00332747.1994.11024664>
- Antshel, K., Hargrave, T., Simonescu, M. & Kaul, P., Hendricks, K., Faraone, S. (2011). Advances in understanding and treating ADHD. *BMC Medicine*, 9(72), 2-12. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-9-72>.
- Antunes, N. (2009). *Mal-entendidos*. Lisboa: Verso da Kapa
- Arágon, M. (2007). *Manual de Psicomotricidade*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade, APP. (2013). *Psicomotricidade - Práticas Profissionais*. Retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt/>
- Assumpção, B. & Kuczynski, E. (2008). *Situações psicossociais na infância e adolescência*. São Paulo: Atheneu.
- Aucouturier, B. (2010). *Dificuldades do Comportamento e Aprendizagem: A pedagogia da escuta e a prática psicomotora para o acompanhamento do crescimento da criança*. Lisboa: Coisas de Ler e Trilhos.

- Aucouturier, B. (1993). Niveles de expresividad psicomotriz. *Revista de educación especial*, 15, 39-48.
- Aucouturier, B. (2005). *La Méthode Aucouturier: Fantasmies d'action et pratique psychomotrice*. Bruxelles: De Boeck & Larcier.
- Aucouturier, B. (2011). *O método Aucouturier - Fantasmias de ação e prática psicomotora*. São Paulo: Ideias & Letras..
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien*. Paris: Dunod.
- Ballouard, C. (2008). *L'aide-mémoire. Psychomotricité*. Paris: Dunod.
- Barkley, R., Anastopoulos, A., Robin, A., Lovett, B., Smith, B., Cunningham, C.,..., & Hathway, W. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 36-43.
- Barkley, R. (1998). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook of diagnosis and treatment*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Barlow, M., Jolley, P., White, G. & Galbraith, D. (2003). Rigidity in children's drawings and its relation with representational change. *Journal of Experimental Child Psychology*, 86(2), 124-152. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-0965\(03\)00109-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-0965(03)00109-7).
- Barrias, P. (2014). Perturbações Disruptivas do Comportamento e Déficit de Atenção. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, (pp. 115-135). Lisboa: Lidel.
- Baumrind, D., Larzelere, R., Owens, E. (2010). Effects of Preschool Parents' Power Assertive Patterns and Practices on Adolescent Development. *Parenting: Science and Practice*, 10(3), 157-201. <http://dx.doi.org/10.1080/15295190903290790>
- Beesdo, K., Knappe, S., Psych, D. & Pine, D. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>.
- Bénonry, H.& Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bèrges, J. & Bounes, M. (1985). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Paris: Masson.
- Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G. & Pecarelo, A., Sinonneau-Bernadeau, C. (2008). *La Relaxation Thérapeutique Chez l'enfant*. Paris: Masson.
- Boavida, J. (2006). Hiperatividade ou "má educação"? *Revista de Saúde Infantil*, 28(2),
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção

- específica. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 132-162). São Paulo: Editora Manole.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 2, 20-26.
- Boscaini, F. (2000). Relaciones tónico-emocionales, imagen corporal y aprendizajes en relajación. *Psicomotricidad: Revista de estudios y experiencias*, 1(64), 15-29.
- Branco, M. (2010). *João dos Santos: Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Brenot, P. (1988). *La relaxation*. Paris: PUF.
- Brun, D. (2005). Do discurso sobre a criança ao discurso da criança. In C. Cyssau. (Ed.), *A entrevista em clínica* (pp. 293-300). Lisboa: Climepsi Editores.
- Busse, T. & Beaver, R. (2000). Informant report: Parent and teacher interviews. In S. Shapiro & R. Kratochwill (Eds.), *Conducting school-based assessments of child and adolescent behavior* (pp. 235-273). Nova Iorque: Guilford Press.
- Buzzella, B., Ehrenreich-May, J. & Pincus, D. (2011). Comorbidity and Family Factors Associated with Selective Mutism. *Child Development Research*, 2011, 1-9, <http://dx.doi.org/10.1155/2011/909508>.
- Byrne, P., Stein, M. & Craske, M. (2006). Panic Disorder. *Lancet*, 368, 1023-1032. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69418-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69418-X)
- Câmara, P. (2005). *Depressão na infância e relações objectais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Camps, C. (2009). La especificidad de la Psicomotricidad: un arte para la estructuración de la persona. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 9(1), 5-20.
- Carpenter, E., Loo, K., Yang, M., Dang, J. & Smalley, L. (2009). Social functioning difficulties in ADHD: association with PDD risk. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(3), 329-344. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104508100890>.
- Carvalho, J. (2005). Terapia Psicomotora em contexto hospitalar. *A psicomotricidade*, 6, 73-79.
- Castellano, M. (2011). La respiración consciente como factor principal de la relajación en la educación física escolar. *Revista Digital de Educación Física*, 13, 19-31.
- Chapellière, H. (2009). Les groupes thérapeutiques d'enfants: indications, processus cadre et dispositif. *Reliance Psychomotrice*, 1, 9-17.
- Chavira A., Shipon-Blum, E., Hitchcock, C., Cohan, S. & Stein, B. (2007). Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1464-1472. <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e318149366a>.

- Chokler, M. (2009). Psicomotricidad. Qué, por qué y para qué en la educación inicial. In B. Kaplan (Ed.), *Psicomotricidad: El cuerpo en juego: hacer, sentir, pensar*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
- Cline, T. & Baldwin, S. (2004). *Selective Mutism in Children*. Second Edition. London: Whurr.
- Coghill, D., Bonnar, S., Duke, S., Graham, J. & Seth, S. (2009). *Child and Adolescent Psychiatry*. Nova Iorque: Oxford University Press.
- Cohan, L., Price, M. & Stein, B. (2006). Suffering in silence: Why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 27(4), 341-355. <http://dx.doi.org/10.1097/00004703-200608000-00011>
- Constant, J. (2007). Un métissage en quête d'identité: pédopsychiatrie et psychomotricité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 87-92. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.02.007>.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental, CNSM & Administração Central do Sistema de Saúde, ACSS (2012). Rede de Referência Hospitalar De Psiquiatria da Infância e da Adolescência, documento técnico de suporte.
- Coordenação Nacional para a Saúde Mental, CNSM (2008). *Resumo Executivo: Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Portugal, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação para a Saúde Mental.
- Cordinha, C. & Boavida, J. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24(5), 577-589.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança - Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade Relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Courtois, R., Champion, M., Lamy, C. & Bréchon, G. (2007). Hyperactivité chez l'enfant : réflexions sur les mécanismes psychopathologiques sous-jacents. *Annales Médico Psychologiques*, 165, 420-427. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2007.05.007>.
- Craske, M. (2003). *Origins of Phobias and Anxiety Disorders: Why More Women than Men?*. Amsterdam: Elsevier.
- Davido, R. (1976). *Le langage du dessin d'enfant*. Paris: Presses de la Renaissance.
- Decreto-lei n.º22/2011 de 10 de fevereiro de 2011. Diário da República n.º29/11 - I Série A. Assembleia da República. Lisboa.

- Decreto-lei n.º8/2010 de 28 de janeiro de 2010. Diário da República n.º19/10 - I Série A. Assembleia da República. Lisboa.
- Decreto-lei n.º304/2009 de 22 de outubro de 2009. Diário da República n.º205/09 - I Série A. Assembleia da República. Lisboa.
- Decreto-lei n.º35/99 de 5 de fevereiro de 1999. Diário da República n.º30/99 - I Série A. Assembleia da República. Lisboa.
- Defontaine, J. (1978). *Terapia y reeducación psicomotriz*. Barcelona: Editora Médica y Técnica.
- Delion, P. & Golse, B. (2004). Instabilité psychomotrice chez l'enfant. Histoires des idées et réflexions actuelles. *EMC - Psychiatrie*, 1(1), 33-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.emcps.2003.06.004>.
- Direção-Geral de Saúde (2004). *Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde.
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dulcan, M. (2010). *Dulcan's Child and Adolescent Psychiatry*. Arlington: American Psychiatry Publishing.
- Dwairy, M. (2010). Introduction to special section on cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-009-9336-0>
- Encarnação, R., Moura, M., Gomes, F. & Silva, P. (2011). Caracterização dos casos observados numa equipa de psiquiatria da infância e adolescência: Um estudo retrospectivo. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 925-934.
- Erel, O. & Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118(1), 108-132. <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.118.1.108>.
- Farokhi, M. & Hashemi, M. (2011). The Analysis of Children's Drawings: Social, Emotional, Physical, and Psychological aspects. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30, 2219-2224. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.433>.
- Ferreira, T. (2002). *Em defesa da criança. Teoria e prática psicanalítica da infância* (2ª ed.). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Figueroa, A., Soutullo, C., Ono, Y. & Saito, K. (2012). Separation anxiety. In Rey, M. (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (pp.1-24).

- Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Fonseca, V. (1974). Dados para uma observação psicomotora - contributo para uma perspectiva terapêutica. *Separata da Revista Portuguesa da Deficiência Mental*, 2, 263-269.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2009). Para uma teoria da perfectibilidade psicomotora: algumas implicações para a intervenção psicomotora. *A psicomotricidade*, 12, 9-52.
- Fonseca, V. (2012). *Terapia Psicomotora: Estudos de caso - Da caracterização à intervenção*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fox, N., Nichols K., Henderson H., Rubin K., Schmidt L., Hamer D., Ernst M. & Pine D. (2005). *Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood*. *Psychological Science*, 16(12), 921-926.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01637.x>
- Franc, N., Maury, M. & Purper-Ouakil, D. (2009). ADHD and attachment processes: are they related? *L'encéphale*, 35(3), 256-261.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2008.04.007>
- Freitas, P. & Malpique, C. (2014). A entrevista clínica em Pedopsiquiatria. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 15-25). Lisboa: Lidel.
- Galéra, C., Pinguault, B., Michel, G., Bouvard, P., Melchior, M. Falissard, B., ..., & Côté, M. (2014). Clinical and social factors associated with attention-deficit hyperactivity disorder medication use: population-based longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 205(4), 291-297.
<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.141952>.
- Garcia, M. (2001). *Hiperatividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Gazon, V. (2006). De la psychomotricité et de la place du corps dans l'hyperactivité. *Annales Médico Psychologiques*, 164, 620-624.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0003-4487\(06\)00140-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-4487(06)00140-5).
- Goldner, L. & Scharf, M. (2012). Mentoring adolescents. In R. Levesque (Ed.), *The encyclopedia of adolescence* (pp. 1722–1729). New York: Springer.
- Goodman A., Fleitlich-Bilyk, B., Patel, V. & Goodman, R. (2007). Child, family, school and community risk factors for poor mental health in Brazilian schoolchildren. *Journal*

- of the Academy of Child Adolescent Psychiatry, 46(4), 448-456.
<http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e31803065b5>.
- Gormley, W., Gayer, T., Phillips, A. & Dawson, B. (2005). The effects of universal Pre-K on cognitive development. *Developmental Psychology*, 41(6), 872-884.
<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.41.6.872>.
- Hughes, N. & Baker, B. (1990). *The clinical child interview*. Nova Iorque: Guilford Press.
- Jacob, C., Gross-Lesch, S., Jans, T., Geissler, J., Reif, A., Dempfle, A. & Lesch, P. (2014). Internalizing and externalizing behavior in adult ADHD. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 6(2), 101-110. <http://dx.doi.org/10.1007/s12402-014-0128-z>.
- Joly, F. (2009). De la faillite des liens... au travail de reliaison. Approche psychopathologique et thérapeutique du jeune enfant hyperactif. *Neuropsychiatrie de L'enfance et de L'adolescence*, 57(6), 468-481.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2009.06.001>
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapies psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 73-86.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.03.005>.
- Klein, M. (1987). *Envy and gratitude and other works*. London: Hogarth Press.
- Kim, J. & Sun, J. (2013). Children's kinetic family drawings and their internalizing problem behavior. *The Arts in Psychotherapy*, 40(2), 206-215.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.12.009>.
- Kratochwill, T. (2014). *Selective Mutism (Psychology Revivals): Implications for Research and Treatment*. New York: Taylor & Francis Group.
- Kristensen, H. & Torgerson, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: A case-control study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 648-652. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-010-9425-y>
- Kuja-Halkola, R. Asherson, P. & Asherson (2015). Longitudinal Stability of Genetic and Environmental Influences on Irritability: From Childhood to Young Adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 657-664.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14040509>
- Kumano, I. (2005). *Evidence-Based Medicine Guidelines*. Helsinki: John Wiley & Sons.
- Kutcher, S., Aman, M., Brooks, S., Buitelaar, J., Daalen, E., Fegert, J., ..., & Tyano, S. (2004). International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and

- treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology*, 14(1), 11-28. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924977X\(03\)00045-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0924977X(03)00045-2).
- Ladd, G., Kochenderfer-Ladd, B. & Rydell, A. (2010). Children's Interpersonal Skills and School-Based Relationships. In K. Smith & H. Hart. (Eds.), *Blackwell Handbook of Childhood Social Development* (pp. 181-206). Oxford: Blackwell Publishers.
- Lagrange, G. (1977). *Manual de Psicomotricidade*. Lisboa: Editora Estampa.
- Lambek, R., Tannock, R., Dalsgaard, S., Trillingsgaard, A., Damm, D. & Thomsen, P. (2010). Validating neuropsychological subtypes of ADHD: how do children with and without an executive function deficit differ?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(8), 895–904. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02248.x>
- Landreth, L. (2001). Facilitative dimensions of play in the play therapy process. In L. Landreth (Ed.), *Inovations in play therapy: Issues, process and special populations*, (pp. 3-22). Nova Iorque: Brunner-Routledge.
- Lapierre, A. & Aucouturier, B. (1982). *Fantasmes Corporels et Pratique Psychomotrice en Éducation et Therapie "Le Manque au Corps"*. Paris: Doin Editeurs.
- Lapierre, A. & Lapierre, A. (2005). *O adulto diante da criança de 0 a 3 anos: Psicomotricidade relacional e formação da personalidade*. Curitiba: Editora UFPR.
- Le Boulch, J. (1984). *O desenvolvimento psicomotor do nascimento até aos 6 anos*. São Paulo: Artes Médicas.
- Lebovici, S. & Diatkine, R. (1988). *Significado e Função do Brinquedo na Criança*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lefèbure, F. (2003). *La respiración rítmica y la concentración mental*. Barcelona: Instituto de Fosfenología.
- Lei n.º 36/98 de 27 de julho de 1998 Diário da República n.º169/98 - I Série A. Assembleia da República Portuguesa. Lisboa
- Lester, S. & Russel, W. (2008). *Play for a change - Play, policy and practice: A review of contemporary perspectives*. London: National Children's Bureau.
- Lifford, J., Harold, T. & Thapar, A. (2008). Parent-child relationships and ADHD symptoms: a longitudinal analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 36(2), 285-296. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9177-5>
- Llinares, I. & Rodriguez, S. (2006). *Psicomotricidad y Necesidades Educativas Especiales*. Málaga, Ediciones Aljibe.
- Llinares, M. & Navarro, A. (1998). *Psicomotricidade y Globalizacion del Curriculum en Educación Infantil*. Málaga: Aljibe.

- Llinares, M. & Rodriguez, J. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a la personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3(2), 11-24.
- Lopes, A. (2003). *A hiperatividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- López-Herrero, P. (2000). Un caso de mutismo electivo en el colegio. *Revista de Logopedia Foniatría y Audiología*, 20, 30-36. [http://dx.doi.org/10.1016/S0214-4603\(00\)76153-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0214-4603(00)76153-5).
- Mahler, M. (1982). *O processo de separação-individuação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Manassis, K. (2009). Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(2), 235-243. <http://dx.doi.org/10.1586/14737175.9.2.235>.
- Marcelli, D. & Cohen, D. (2010). *Infância e Psicopatologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Marques, C. & Cepêda, T. (2009). Recomendações para a Prática Clínica da Saúde Mental Infantil e juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Marquet-Doléac, J., Soppelsa, R. & Albaret, J. (2005). La rééducation du trouble déficit de l'attention/hyperactivité: approche psychomotrice. *Neuropsych News*, 4, 94-101.
- Martins, R. (2001a). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental: o corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2002). La psicomotricidad y la relajación como mediadores en la comunicación e interacción humana. *Psicomotricidad: Revista de Estudios y Experiencias*, 61-63.
- Martins, R. (2009). Il dialogo tonico-emozionale e l'attività senso-motoria - Fondamenti nella costruzione dell'identità. *Ricerche e Studi in Psicomotricità*, 11-17.
- Martins, R., & Naia, A. (2006). Psicomotricidade na Instabilidade Psicomotora - Um caso clínico. *A psicomotricidade*, 7, 39-53.
- Martins, R., Simões, C. & Brandão. (2014). Regulamento da Unidade Curricular Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade de Lisboa.

- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Psilogos*, 1(1), 85-95.
- McConaughy, S. (2005). *Clinical Interviews for Children and Adolescents*. Nova Iorque: Guilford Press.
- McHolm, E., Cunningham, E. & Vanier, K. (2005). *Helping your child with selective mutism: Practical steps to overcome a fear of speaking*. Oakland: New Harbinger Publications.
- McLeod, B., Wood, J. & Weisz, J. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 155-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002>
- McNamara, P., Belsky, J. & Fearon, P. (2003). Infant Sleep Disorders and Attachment: Sleep Problems in Infants with Insecure Resistant Versus Insecure-avoidant Attachments to Mother. *Sleep and Hypnosis*, 5(1), 7-16. <http://dx.doi.org/10.1093/emph/eou009>
- Whitcomb, S. & Merrell, K. (2013). *Behavioral, Social, and Emotional Assessment of Children and Adolescents*. New York: Taylor & Francis.
- Mosmann, C. & Wagner, A. (2008). Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad: un modelo correlacional. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 79-103.
- Moutinho, V. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. In J. Fernandes & P. Filho (Eds.), *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (pp. 45-57). São Paulo: Editora Manole.
- Naderi, F., Heidarie, A., Bouron, L. & Asgari, P. (2010). The Efficacy of Play Therapy on ADHD, Anxiety and Social Maturity in 8 to 12 Years Aged Clientele Children of Ahwaz Metropolitan Counseling Clinics. *Journal of Applied Sciences*, 10(3), 189-195. <http://dx.doi.org/10.3923/jas.2010.189.195>.
- Naglieri, J. (1988). *Draw a person: a quantitative scoring system*. California: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Neveux, L. & Albaret, J. (2014). La rééducation psychomotrice chez l'enfant et l'adolescent présentant un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. In: F. Bange (Ed.), *Aide-mémoire des TDA/H à tous les âges*. Paris: Dunod.
- Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C. & Davies, S. (2008). Relationships between parenting styles and risk behaviors in adolescent health: an integrative literature

- review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 142-150.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000100022>
- Niederhofer, H. (2009). Attachment as a component of attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychological Reports*, 194(2), 645-648.
<http://dx.doi.org/10.2466/PRO.104.2.645-648>.
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal na Psicomotricidade da Criança. Um Ensaio para uma estratégia de intervenção Educo-Terapêutica. *A psicomotricidade*, 1(1), pp. 37-41.
- Orr, E. & Geva, R. (2015). Symbolic Play and Language Development. *Infant Behavior & Development*, 38, 147-161. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infbeh.2015.01.002>
- Piaget, J. (1994). *O juízo moral na criança*. São Paulo: Grupo Editorial Summus.
- Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(1), 56-64.
<http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.55.1.56>.
- Polaino-Lorente, A. & Ávila, A. (2004). *Como viver com uma criança hiperativa. Comportamento, diagnóstico, tratamento, ajuda familiar e escolar*. Porto: Edições Asa.
- Polanczyk, G., Lima, M., Horta, B., Biederman, J. & Rohde, L. (2007). The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.942>.
- Potel, C. (2010). *Etre psychomotricien: Un métier du présent, un métier d'avenir*. Toulouse: Eres.
- Rapee, M. (2012). Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Nature; Development, Treatment and Prevention. In Rey, M. (Ed.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (pp.1-24). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Ray, D., Schottelkorb, A. & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16(2), 95-111. <http://dx.doi.org/10.1037/1555-6824.16.2.95>.
- Raynaud, J., Danner, C. & Inigo, J. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55, 113-119.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.02.002>.

- Relatório Mundial da Saúde. (2001). *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K. & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(6), 284-296. <http://dx.doi.org/10.1007/PL00007547>.
- Reynolds, C. & Kamphaus, R. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines: American Guidance Service.
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 114-119. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2007.12.021>
- Rodriguez, J. & Llinares, M. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rohde, L. & Mattos, P. (2008). *Princípios e Práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Rosenberg, J. & Wilcox, W. (2006). *The Importance of Fathers in the Healthy Development of Children*. United States: Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect.
- Rubia, K. (2013). Functional brain imaging across development. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(12), 719-731 <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-012-0291-8>
- Ruscio, A, Chiu, W., Roy-Byrne, P., Stang, P., Stein, D., Wittchen, H. & Kessler, R. (2007). Broadening the Definition of Generalized Anxiety Disorder: Effects on Prevalence and Associations with Other Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(5), 662-676. <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.janxdis.2006.10.004>.
- Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21.
- Sánchez, L. & Buitrago, C. (2008). *La psicomotricidad en la escuela: De los 0 aos 16 anos*. Madrid: Editoriales Dossat.
- Schwartz, H., Freedy A. & Sheridan, J. (2006). Selective mutism: are primary care physicians missing the silence? *Clinical Pediatrics*, 45(1), 43-48. <http://dx.doi.org/10.1186/1752-1947-3-100>
- Selmi, F. (2011). Thérapie psychomotrice en pédopsychiatrie et valeur thérapeutique des liens. *Reliance Psychomotrice*, 8, 11-21.

- Sharkey, L., Nicholas, F., Barry, E., Begley, M. & Ahern, S. (2008). Group therapy for selective mutism - a parent's and children's treatment group. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 538-545. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.12.002>
- Shoaakazemi, M., Javid, M. Tazekand, F., Rad, Z. & Gholami, N. (2012). The effect of group play therapy on reduction of separation anxiety disorder in primitive school children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 69, 95-103. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.11.387>.
- Silva, P. (2014). Primeira Infância. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 59-79). Lisboa: Lidel.
- Silver, B. (2004). *ADHD: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment for Health and Mental Health Professionals*. Londres: American Psychiatric Publishing.
- Skinner, E., Jonhson, S. & Snyder, T. (2005). Six Dimensions of Parenting: A Motivational Model. *Parenting: Science and Practice*, 5(2), pp. 175-235.
- Small, L. & Melnyk, B. (2006). Early predictors of post-hospital adjustment problems in critically ill young children. *Research in Nursing & Health*, 29(6), 622-635. <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20169>.
- Soeiro, D. (2014). Avaliação Psicológica de crianças e de adolescentes na prática clínica. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, (pp. 31-44). Lisboa: Lidel.
- Soubiran, G. & Coste, J. (1975). *Psychomotricité et relaxation psychosomatique*. Paris: Doin.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Stocker, C., Richmond, M., Low, S., Alexander, E. & Elias, N. (2003). Marital Conflict and Children's Adjustment: Parental Hostility and Children's Interpretations as Mediators. *Social Development* 12(2), 141-161. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9507.00226>.
- Stone, B., Kratochwill, T., Sladzeck, I. & Serlin, R. (2002). Treatment of selective mutism: A best evidence synthesis. *School Psychology Quarterly*, 17, 168-190 <http://dx.doi.org/10.1521/scpq.17.2.168.20857>.
- Stulmaker, H. & Ray, D. (2015). Child-Centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Child and Youth Services Review*, 57, 127-133. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.08.005>.
- Subcommittee on Attention-Déficit/Hyperactivity Disorder (2011). *ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation and Treatment of Attention-*

- Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*, 128(5), 1007-1022. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2654>
- Taylor E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D.,..., & Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder - first upgrade. *European Child and Adolescent psychiatry*, 13(1), 17-30. <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-004-1002-x>.
- Teiga, R. (2014). Perturbações de Ansiedade e Perturbação de stress Pós-Traumático. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 183-204). Lisboa: Lidel.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. & Langley, K. (2013). Practitioner Review: What have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02611.x>.
- United States Department of Health and Human Services. (1999). *Mental Health: A report of the Surgeon General*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.
- Vaivre-Duret, L. (2007). *Apport a l'examen psychomoteur*. Paris: Editions Vernazobres-Grego.
- Vecchiato, M. (2007). *Il gioco psicomotorio: psicomotricità psicodinamica*. Roma: Armando Editore.
- Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Viana, G., Beidel, C. & Rabian, B. (2009). Selective mutism: a review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.009>.
- Vieira, L., Batista, B. & Lapierre, A. (2005). *A Psicomotricidade Relacional: a teoria de uma prática*. Curitiba: Filosofart.
- Volkmar, F. & Martin, A. (2011). *Essentials of Lewi's Child And Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott William & WilKins.
- Wallon, H. (2008). *Do ato ao pensamento: Ensaio de psicologia comparada*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Weiland, C. & Yoshikawa, H. (2013). Impacts of a prekindergarten program on children's mathematics, language, literacy, executive function, and emotional skills. *Child Development*, 84(6), 2112–2130. <http://dx.doi.org/10.1111/cdev.12099>.
- Widlöcher, D. (1971). *Interpretação dos desenhos infantis*. Petrópolis: Editora Vozes

- Willcutt, E. (2012). The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Neurotherapeutics*, 9, 490-499. <http://dx.doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8>.
- Williams, L., Degnan, K., Perez-Edgar, K., Henderson, H., Rubin, K., Pine, D., Steinberg, L. & Fox, N. (2009). Impact of Behavioral Inhibition and Parenting Style on Internalizing and Externalizing Problems from Early Childhood through Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(8), 1063-1075. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802009-9331-3>.
- Winnicott, D. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- World Health Organization, WHO (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. Retirado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44192/1/9789241650472_eng.pdf
- World Health Organization, WHO (2001). *Relatório Mundial da Saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Retirado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- World Health Organization, WHO (2015a). *Mental Health. Health topics*. Retirado de http://www.who.int/topics/mental_health/en/
- World Health Organization, WHO (2015b). *Child and adolescent mental health* Retirado de: http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/
- World Health Organization, WHO. (2005). *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva: World Health Organization.
- Yanof, J. (1996). Language, communication, and transference in child analysis. I. Selective mutism: the medium is the message. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 44(1), pp. 79-100. <http://dx.doi.org/10.1177/000306519604400105>.
- Yeganeh, R., Beidel, C., Turner, M., Pina, A. & Silverman, K. (2003). Clinical distinctions between selective mutism and social phobia: an investigation of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1069-1075. <http://dx.doi.org/10.1097/01.CHI.0000070262.24125.23>

Anexos

Os anexos encontram-se na versão digital do relatório, organizados em pastas, de modo a facilitar o acesso.